

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE
DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

FRANCISCO CARLOS BERNAL

**Saúde como Direito: O REFORSUS como financiamento e consolidação
do SUS, história, análise e reflexões.**

SANTOS/SP

2024

FRANCISCO CARLOS BERNAL

**Saúde como Direito: O REFORSUS como financiamento e consolidação
do SUS, história, análise e reflexões.**

Dissertação apresentada à
Universidade Santa Cecília como
parte dos requisitos para obtenção de
título de mestre no Programa de Pós-
Graduação em Direito da Saúde, sob
orientação do Profº. Dr. Marcos
Montani Caseiro.

SANTOS/SP

2024

614
B443s

Bernal, Francisco Carlos.

O REFORSUS como financiamento e consolidação do SUS,
história, análise e reflexões / Francisco Carlos Bernal.
2024.
82 f.

Orientador: Dr. Marcos Montani Caseiro.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Santa Cecília,
Programa de pós-graduação em Saúde como Direito, Santos,
SP, 2024.

1. REFORSUS. 2. Saúde Pública. 3. Sistema Único de
Saúde. 4. Financiamento e Investimento. I. Caseiro, Marcos
Montani . II. O REFORSUS como financiamento e consolidação
do SUS, história, análise e reflexões.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus queridos filhos, Juliana Bernal, Helder Bernal, Isabela Bernal, Rafaela Bernal e João Gabriel Bernal, pelo grande incentivo e por suas experiências pessoais. Da mesma forma o dedico ao meu grande amigo e meu maior incentivador de voltar a estudar e apresentar este trabalho, meu professor e doutor Marcos Montani Caseiro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade Santa Cecília, às colaboradoras Imaculada e Sandra e a todos os docentes do Mestrado.

Um agradecimento todo especial à equipe maravilhosa e extremamente competente de professores, mestres e doutores, que tive a honra de coordenar em 2004, quando fomos convidados pelo Ministério da Saúde, em parceria com a UNESCO, a prestar contas aos Bancos Mundial e Interamericano de Desenvolvimento, dos resultados do grandioso projeto REFORSUS.

- Alcindo Ferla
- Ana Amélia Gallas Pedroso
- Ana Cristina Fonseca Bustani
- Anna Rira Pessoa Pederneiras
- Áquilas Mendes Nogueira
- Carlos Alberto Machado
- Carlos Antonio Contrin Caridade
- Carlos Dimas Martins Ribeiro
- Claudia Risso
- Claudia Robson Fracalanza
- Cristina Rodrigues da Costa
- Eliane Tomasi
- Elizabeth Pinheiro de Albuquerque
- Florianita Coelho Braga
- Francisco Luís Gonzalez
- Janete Lima de Castro
- Jennifer Cristina Raposo
- Júlia Bucher
- Júlio Di Maio
- Leon da Silva Lobo Garcia
- Lídia Tobias da Silveira
- Lúcia de Paiva
- Luiz Felipe da Silva Pinto
- Marcel Guedes Leite
- Márcia Salles Pozatto

- Maria Aparecida Martins Zutin
- Maria Cristina Traldi
- Maria da Conceição Cavalcante de Brito
- Maria Elizabeth Diniz Barros
- Paulo Renato Cardoso
- Paulo Roberto Leite
- Raimunda Weyl
- Robert K. Walker
- Roberto Tykanori Kinoshita
- Rodolpho Repullo Júnior – In memorian
- Rosa Maria Marques
- Sergio Francisco Piola

RESUMO

Este trabalho se propõe a demonstrar a grande importância do Projeto REFORSUS para a manutenção, o avanço e a consolidação do Sistema Único de Saúde. O principal objetivo do projeto à época era implementar ações estratégicas voltadas para o reforço do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, visando contribuir para a garantia da universalidade, integralidade e equidade do acesso aos bens e serviços de saúde. O Projeto REFORSUS, constituiu-se à época como o maior projeto de investimento financeiro na área da saúde, e abarcou praticamente todas as áreas como: infraestrutura (construção e reformas de unidades de saúde, laboratórios e hospitais), informação e informática, capacitação de recursos humanos, estrutura política do sistema e modernização gerencial. Todas as instâncias dos gestores e dos conselhos de saúde do SUS participaram das discussões, elaboração e acompanhamento do Projeto.

O Ministério da Saúde foi na ocasião o grande condutor do projeto, estabelecendo prioridade máxima para o êxito do mesmo. Os entes federados como Estados e Municípios foram fundamentais para a elaboração dos subprojetos e execução dos mesmos. Os gestores municipais apresentavam os subprojetos aos respectivos Conselhos de Saúde local e posteriormente encaminhados e aprovados pelas comissões bipartite (participação das Secretarias Municipais de Saúde e a respectiva Secretaria Estadual de Saúde). O mesmo ocorria com propostas regionais e estaduais, onde os Conselhos Estaduais aprovavam. Por último a Comissão Intergestora Tripartite (municípios, estados e união) juntamente com o Conselho Nacional de Saúde, davam as últimas definições. Após todos os trâmites, os recursos eram liberados aos municípios e estados, “carimbados” exclusivamente para o projeto aprovado e mediante acompanhamento e metas estabelecidas. Para uma melhor compreensão deste trabalho, apresentaremos resumidamente os resultados alcançados através de seis eixos.

- Eixo 1 – Informação e Informática;
- Eixo 2 – Estrutura Política do Sistema;
- Eixo 3 – Economia da Saúde;
- Eixo 4 – Capacitação de Recursos Humanos;

- Eixo 5 – Modernização Gerencial;
- Eixo 6 – Infraestrutura.

Cada eixo apresentado seguiu a mesma estruturação:

Nome do subprojeto

- 1 - Motivação;
- 2 - Objetivos;
- 3 - Operacionalização;
- 4 - Resultados/contribuições;
- 5 – Recomendações;
- 6 – Outras informações que julgar necessário.

Passados mais de 20 anos da experiência exitosa do Projeto REFORSUS e o Sistema Único de Saúde, completando 35 anos de existência, entendemos que nossos gestores poderiam, analisar a história e a experiência do Projeto REFORSUS transportando para a atualidade projetos que alavancassem principalmente a Atenção Primária em Saúde, buscando a melhoria da equidade do sistema, ainda um dos nossos grandes “gargalos”.

Palavras-chave: REFORSUS; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde; Financiamento e Investimento.

ABSTRACT

This paper aims to demonstrate the significant importance of the REFORSUS Project for the maintenance, advancement, and consolidation of the Unified Health System (SUS). The main objective of the project at the time was to implement strategic actions aimed at reinforcing the development of the SUS, seeking to contribute to the guarantee of universality, comprehensiveness, and equity of access to health goods and services. The REFORSUS Project was then the largest financial investment project in the health sector, encompassing virtually all areas such as infrastructure (construction and renovation of health units, laboratories, and hospitals), information and informatics, human resources training, the political structure of the system, and managerial modernization. All

levels of SUS managers and health councils participated in the discussions, preparation, and monitoring of the Project.

The Ministry of Health was the major driver of the project at the time, establishing it as a top priority for success. Federated entities such as States and Municipalities were fundamental in the development and implementation of subprojects. Municipal managers presented the subprojects to the respective local Health Councils, which were then forwarded and approved by bipartite commissions (involving Municipal Health Secretariats and the respective State Health Secretariat). The same process occurred with regional and state proposals, which were approved by the State Councils. Finally, the Tripartite Interagency Committee (municipalities, states, and the union) along with the National Health Council provided the final definitions. After all procedures, funds were released to municipalities and states, exclusively earmarked for the approved project and subject to monitoring and established goals. For a better understanding of this work, we will briefly present the results achieved through six axes:

- Axis 1 – Information and Informatics;
- Axis 2 – Political Structure of the System;
- Axis 3 – Health Economics;
- Axis 4 – Human Resources Training;
- Axis 5 – Managerial Modernization;
- Axis 6 – Infrastructure.

Each axis followed the same structuring:

Subproject Name

- 1 - Motivation;
- 2 - Objectives;
- 3 - Operationalization;
- 4 - Results/contributions;
- 5 - Recommendations;
- 6 - Other relevant information.

More than 20 years after the successful experience of the REFORSUS Project and with the SUS completing 35 years of existence, we understand that our managers could analyze the history and experience of the REFORSUS Project,

bringing forward projects that primarily boost Primary Health Care, aiming to improve the system's equity, which remains one of our major challenges.

Keywords: REFORSUS; Public Health; Unified Health System; Financing and Investment

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. *Componentes I: Distribuição dos investimentos totais realizados segundo grandes regiões – Brasil- Março de 2004.	65
Figura 2. *Componentes I: Distribuição dos investimentos totais realizados segundo grandes regiões por Natureza Jurídica – Brasil- Março de 2004.	66
Figura 3. Componentes I: Distribuição espacial dos investimentos realizados Brasil- Março de 2004.	66
Figura 4. *Componentes I: Distribuição do número de municípios brasileiros que receberam investimento segundo porte populacional - Brasil- Março de 2004.	67
Figura 5. *Componentes I: Área programática I – Valores per capita preconizados pelo REFOSRUS, valores aprovados originalmente e valores realizados por unidade da federação- Brasil- Março de 2004.	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição do empréstimo do BIRD segundo categorias – 1996...	23
Quadro 3. Roteiro para avaliação dos eixos temáticos.....	25
Quadro 4. Bloco 1 - Aplicativos de informática para captura e tratamento de dados:.....	30
Quadro 6. Bloco 3 - Outras estratégias para capturas de dados: Pesquisa AMS I e II.	31
Quadro 7. Bloco 4: Projetos para constituição de redes de informação: RNIS e Cartão Considerações a respeito dos marcos de referência.	32
Quadro 8. Bloco 5-1- Uso da informação para avaliação de projetos, políticas e/ou para suporte à gestão: SILAB, Estudo Avaliativo do Programa Bolsa Alimentação.....	34
Quadro 9. Bloco 5-2 - Uso da informação para avaliação de projetos, políticas e/ou para suporte à gestão: SILAB, Estudo Avaliativo do Programa Bolsa Alimentação.....	34
Quadro 10. Cursos realizados voltados para o programa saúde da família.	52
Quadro 11. Cursos realizados no território gestão e gerência, egressos e fontes de financiamento, período 2002 a 2003.....	53
Quadro 12. Cursos realizados na área de controle social.	54
Quadro 13. Obras - AP I.....	68
Quadro 14. Equipamentos - AP I.....	68
Quadro 15. MG - AP I.....	68
Quadro 16. Componente I: Distribuição dos investimentos totais REFORSUS segundo municípios-sede da NOAS e Grandes regiões – Brasil – Março de 2004.	71
Quadro 17. Obras - AP III.....	73
Quadro 18. Equipamentos - AP III.....	74
Quadro 19. MG - AP III.....	74
Quadro 20. Obras - AP IV.....	75

Quadro 21. Equipamentos - AP IV.....75

Quadro 22. MG - AP IV.....75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AP - Área Programática

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento

BIRD - Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento

BPS - Banco de Preços em Saúde

BPPH - Banco de Preços Praticados na área Hospitalar

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CES - Conselho Estadual de Saúde

CGIAB - Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública

CIB - Comissão Intergestora Bipartite (composta entre Estado e Municípios)

CIT - Comissão Intergestora Tripartite (composta entre Estados, Municípios e União)

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CTI - Central de Terapia Intensiva

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DIPE - Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos do Ministério da Saúde

EC - Emenda Constitucional

ESF - Estratégia da Saúde da Família

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

HOSPUB - Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar

IFPRI - International Food Policy Research Institute

LACEN - Laboratórios Centrais de Saúde Pública

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

PAB - Piso da Atenção Básica

PIIS-SUS - Política Nacional de Informação e Informática em Saúde para o SUS

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF - Programa de Saúde da Família

QUALISUS - Qualificação do Sistema Único de Saúde

REFORSUS - Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde

RNIS - Rede Nacional de Informações em Saúde

SAS - Secretaria de Assistência à Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SGA - Sistema de Gerenciamento de Amostras

SIAB - Sistema de Informações de Atenção Básica

SIH-SUS - Sistema de Internação Hospitalar

SILAB - Sistema de Informações de Laboratórios Públicos

SIOPS - Sistema de Informações de Orçamento Público em Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TOR - Termo Operacional de Referência

UATR - Unidade de Apoio Regional

UGP - Unidade Geral do Projeto

UTI - Unidade de Terapia Intensiva (o mesmo que CTI)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
REFERENCIAL TEÓRICO E MARCOS HISTÓRICOS.....	21
RESULTADOS ALCANÇADOS DO PROJETO REFORSUS	29
Eixo 1 - Informação e Informática	29
Eixo 2 - Estrutura Políica do Sistema	36
Eixo 3 – Economia da Saúde	42
Eixo 4 – Capacitação de Recursos Humanos	51
Eixo 5 – Modernização Gerencial	56
Eixo 6 - Infraestrutura.....	62
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80

INTRODUÇÃO

O processo de redemocratização do País, na década de 80, com a ampliação da organização popular e a emergência de novos atores sociais, produziu a ampliação das demandas sobre o Estado e desencadeou um forte movimento social pelo reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado.

O Movimento da Reforma Sanitária reuniu atores diversificados em uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção à saúde, no bojo de uma luta mais ampla pela construção da cidadania, que marcou o final do regime militar.

O movimento pela “Reforma Sanitária”, bem como os Movimentos Sociais, em especial aos ligados à saúde, que culminaram com a 8.^a Conferência Nacional de Saúde em 1986, tiveram, talvez, como maior fruto, a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecido na Constituição de 1988, a chamada “Constituição Cidadã”, tendo como premissa a inclusão de milhões de pessoas que sempre estiveram à margem de qualquer tipo de atendimento médico-hospitalar, seja ele preventivo ou assistencial.

Esse novo ordenamento, acentuou a imensa crise pré-existente no setor, seja pelo aumento das responsabilidades e atribuições do Estado na oferta de benefícios sociais, seja pelo agravamento das condições de financiamento do setor, determinado pelas perdas de receitas procedentes do Ministério da Previdência Social, tradicional financiador do setor através do extinto INAMPS, o que levou ao sucateamento dos estabelecimentos de saúde, à escassez de insumos básicos, à baixa remuneração dos profissionais, resultando no comprometimento da qualidade da assistência, que passou a ser frequente objeto de denúncias e escândalos na mídia.

É importante lembrar que a carência crônica de recursos para inversão na área social e, em particular, na área da saúde, remonta de muitas décadas. Este déficit associado à prodigiosa velocidade de desenvolvimento tecnológico contribuiu, sobremaneira, para agravar o sucateamento e obsolescência da rede assistencial.

Fizeram-se então necessárias reformas importantes em vários aspectos para conferir sustentabilidade ao Sistema Único de Saúde, na tentativa de se garantir os princípios de equidade e universalidade.

A edição das Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, que regulamentaram os dispositivos constitucionais, serviram como ponto de referência e apoio às transformações no campo da saúde que estariam por vir. A primeira voltada para a organização dos serviços de saúde, sua direção, gestão e competências nos diferentes níveis de governo. A segunda enfocada nos mecanismos de participação comunitária na gestão e nas transferências de recursos financeiros.

As relações internas ao Sistema passaram a serem disciplinadas pelas Normas Operacionais, expedidas pelo Ministério da Saúde. A primeira, NOB 93, e a seguir a NOB 96, pautando o processo de descentralização com ênfase na municipalização dos serviços e gestão do sistema e estabelecendo o Piso Assistencial Básico – PAB, instrumento de transferência regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, de um valor anual per capita, que garantiria um aporte mínimo de recursos aos municípios para o desenvolvimento de ações básicas de saúde, reduzindo a interferência de variáveis de outras natureza na definição dos valores a serem repassados.

Além disso, foram estabelecidos foros para negociações interinstitucionais, incluindo a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, a nível federal e a Comissão Intergestores Bipartite – CIB, a nível estadual.

Paralelamente à reforma organizacional, foram utilizados vários mecanismos para ampliação do financiamento do setor, que além de insuficiente, apresentavam oscilações significativas de gastos com a saúde.

Em conjunto com essas mudanças, e em consonância com seu novo papel constitucional, o Ministério da Saúde passa a ter uma ação regulatória mais ativa e através do Decreto 1.651/1995 cria o Comitê Nacional de Qualidade da Assistência à Saúde e regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria.

Para que o Sistema Único de Saúde pudesse ir se consolidando se fez necessário a realização de investimentos que superassem gradualmente o estágio de obsolescência da rede, que foi se acumulando ao longo dos anos de crise fiscal e desequilíbrio das finanças públicas.

No segundo semestre de 1995, a partir de Relatório elaborado pelo Senado Federal, identificando e consolidando mais de 2.000 obras inacabadas

em todo o território nacional, abrangendo, inclusive, obras do setor da saúde, surgiu a ideia, no Ministério da Saúde, de se elaborar um Projeto de Investimentos, com foco na conclusão de obras inacabadas e no aparelhamento de unidades de saúde concluídas, mas não mobiliadas e equipadas. Entretanto, conforme o desenvolvimento dos estudos a cerca das necessidades de reorganização da Rede SUS, durante o ano de 1996, o Projeto foi incorporando outras dimensões da problemática do setor saúde, tendo sido aprovado além dos objetivos iniciais, de colocar em funcionamento unidades de saúde inconclusas, a reforma e ampliação da capacidade física instalada, além da modernização do parque tecnológico existente, através da aquisição e substituição de equipamentos e, finalmente, a modernização dos processos gerenciais de unidades de saúde estratégicas para a concretização das Políticas do Ministério da Saúde e para a reorganização do SUS.

A elaboração de um projeto que abarcasse todas as problemáticas da saúde, esbarrava na falta de recursos financeiros. Vale lembrar que a Emenda Constitucional 29 que tratava do financiamento das ações e serviços públicos de saúde só ocorreu a partir de 13 de setembro de 2000. De 1989 até o ano 2000 a quase totalidade dos recursos financeiros da saúde saíam da União e de Estados que já tinham uma rede estruturada.

A questão financeira foi fundamental para a definição da necessidade de um projeto nos moldes do REFORSUS. Destacamos aqui um documento produzido pelo IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica em outubro de 2003, intitulado “Análise da evolução e Dinâmica do Gasto Social Federal de 1995 a 2001”. Segundo o IPEA, nos anos de 1995 e 1996 os gastos da União com saúde foram respectivamente 23.030 bilhões de reais e 21.028 bilhões de reais, que corresponderam em 3,3% do PIB e 2,5% do PIB.

Por conta desse conjunto de informações e diante da ameaça dos opositores do Sistema Único de Saúde - SUS, que tentavam mostrar sua inviabilidade, tanto organizacional como financeira, o governo brasileiro foi buscar, então, recursos externos para uma operação de caráter emergencial, que desse suporte à política estabelecida para o setor saúde.

A justificativa do trabalho se evidencia, inicialmente pelo fato de que neste ano de 2024, o Projeto REFORSUS, estar[á] completando 20 anos de sua finalização oficial, além do reconhecimento de que apesar do êxito alcançado

para a consolidação do SUS, a área de saúde tem com o subfinanciamento um dos seus maiores entraves para a sua máxima eficiência.

Em decorrência das características do tema pesquisado, a abordagem metodológica do tema foi de uma pesquisa qualitativa com coleta de dados feitas através de uma revisão bibliográfica de pesquisas acadêmicas e publicações indexadas no campo da saúde pública, por mais de 30 consultores especializados, no ano de 2004 e o Relatório Final entregue aos bancos financiadores.

A minha experiência pessoal também foi fundamental para a elaboração desta dissertação. Iniciei minhas atividades profissionais na saúde, trabalhando inicialmente no antigo INAMPS (12 anos antes o surgimento do SUS), trabalhei como médico nas periferias da Zona Leste de São Paulo e Diadema, posteriormente participei da 8.^a Conferência Nacional de Saúde em 1986 e como gestor, fui Secretário Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo (1989 a 1992). Esses trabalhos e a essa experiência adquirida, pude acompanhar o surgimento e a implantação do SUS, sobretudo no município que tive a honra de ser gestor, verificando suas dificuldades na organização e no seu financiamento. Posteriormente pude presenciar na prática a realização do Projeto REFORSUS e sobretudo de ter sido convidado para ser o Coordenador Geral na prestação de contas aos bancos financiadores do projeto em 2004.

Neste contexto, o trabalho aqui apresentado tem como objetivo principal demonstrar, a necessidade à época de um projeto como o REFORSUS, acrescentar informações à literatura vigente, demonstrar a eficácia e eficiência do projeto, na manutenção, consolidação e avanço do Sistema Único de Saúde em nosso país, apontando inclusive para a necessidade de novos projetos como este.

REFERENCIAL TEÓRICO E MARCOS HISTÓRICOS

A dissertação, teve como referenciais teóricos (colocado em ordem cronológica) os seguintes movimentos, eventos e documentos:

1 – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira:

Esse movimento teve início nos anos setenta do século XX, durante a vigência do regime militar brasileiro. Vários são os estudiosos em saúde pública, em especial os sanitaristas (profissionais especializados em saúde pública), dentre os quais poderíamos citar: Sergio Arouca, médico sanitarista formado pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, ex-secretário de saúde do Estado do Rio de Janeiro, ex-presidente da FIOCRUZ, presidente do 8.^a Conferência Nacional de Saúde e integrante da Comissão Nacional de Reforma Sanitária; Hésio de Albuquerque Cordeiro, médico sanitarista, professor e pesquisador, formado pela então Universidade do Estado da Guanabara, foi presidente do INAMPS/MPAS; David Capistrano Filho, médico sanitarista, formado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (na época também conhecida como Faculdade Nacional de Medicina), ex-secretário de saúde e ex-prefeito de Santos; Nelson Rodrigues dos Santos, médico sanitarista, formado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foi secretário estadual de saúde e ex-presidente do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA). Esses personagens citados e tantos outros são marcos referenciais da saúde pública brasileira e figuras proeminentes no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

2 - Declaração de Alma-Ata:

Declaração resultante da Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde em 1978. A Declaração de Alma-Ata foi uma referência não só aos estudiosos e militantes da saúde pública, como marco para a transformação de inúmeros sistemas de saúde pelo mundo. A declaração de Alma-Ata teve importância significativa nas discussões e resultados da 8.^a Conferência Nacional de Saúde no Brasil em 1986.

3 - 8.^a Conferência Nacional de Saúde:

Realizada em março de 1986, foi a primeira conferência com participação de usuários dos serviços e ações de saúde, tendo como resultado um relatório

final, encaminhado para os congressistas constitucionais eleitos no final de 1986. Esse relatório final da Conferência Nacional, daria as principais diretrizes para os artigos a serem inscritos na Constituição Federal de 1988.

4 - Constituição Federal, artigos de 196 a 200:

Todo trabalho que fazemos em nosso país sobre saúde, sempre partimos das diretrizes emendadas de nossa Constituição Federal em seus cinco artigos. O Projeto REFORSUS, desde sua elaboração até sua conclusão norteou-se pela Constituição Federal. A saúde como direito de todos e dever do Estado, as ações e serviços de saúde como relevância pública, descentralizada, regionalizada, hierarquizada e com direção única, com recursos financeiros das três esferas de governo com participação e controle social.

5 - Leis federais 8.080 e 8.142:

Lei 8080 de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

6 – Eleições municipais de 1988:

As eleições de 1988 se constituíram também num marco teórico fundamental para a manutenção e consolidação do Sistema Único de Saúde. Em 1988, em diversas capitais do país, em especial o município de São Paulo (terceiro maior orçamento do Brasil) e vários municípios de porte médio, elegeram prefeitos e prefeitas, que em 1989, nomearam secretários e secretárias de saúde, que haviam participado do movimento da reforma sanitária e também fizeram parte da 8.ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Esses gestores foram fundamentais na implantação do Sistema Único de Saúde em seus municípios e tiveram enorme influência e referência em centenas de municípios brasileiros.

7- NOB – SUS 1996 – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde:

A Norma Operacional de 1996, avançou no processo de municipalização, estabelecendo as transferências financeiras regulares e automáticas “fundo a fundo” e a remuneração por serviços produzidos.

8 - Contrato de Empréstimo do BIRD 4047-BR:

O contrato de empréstimo entre a República Federativa do Brasil e o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento – BIRD, recebeu o número 4047-BR e foi celebrado em 27 de setembro de 1996, com o título de Projeto de Reforma do Setor Saúde – REFORSUS.

De acordo com o artigo segundo seção 2.01, o valor total do financiamento foi o equivalente a US\$ 300.000.000 (trezentos milhões de dólares). De acordo com o Anexo 1 do contrato este valor ficaria dividido em categorias (Quadro 1):

Quadro 1. Distribuição do empréstimo do BIRD segundo categorias – 1996.

	Valor do empréstimo alocado (expresso em dólares)	Percentual das despesas a ser financiadas
(1) Obras	121.000.000	100% das despesas no exterior (*) 85% das despesas no país (**)
(2) Bens	112.000.000	100% das despesas no exterior 85% das despesas no país
(3) Serviços de Consultoria	30.000.000	100%
(4) Despesas Administrativas	12.000.000	50% das despesas no país
(5) Sem Alocação	25.000.000	
Total	300.000.000	

Fonte: Contrato de Empréstimo entre o Brasil e o BIRD 4047-BR, 27/09/1996. Projeto REFORSUS.

(*) O termo “despesas no exterior” significa despesas feitas em moeda de qualquer país que não seja o do Tomador, em bens ou serviços fornecidos a partir do território de outro país que não seja o Tomador.

(**) O termo “despesas no país” significa despesas feitas na moeda do Tomador em bens e serviços fornecidos a partir do território do Tomador.

No Anexo 2 do Contrato encontra-se a descrição do projeto:

“Os objetivos do Projeto são a melhoria da prestação de serviços de saúde nos territórios do Tomador e a assistência na introdução de reformas de política no setor saúde do Tomador, relativas ao Sistema Único de Saúde, através de”:

- (a) assistência na reabilitação, modernização e gerenciamento de hospitais e ambulatórios selecionados do Sistema Único de Saúde;
- (b) prestação de assistência técnica para a melhoria da sustentabilidade financeira e eficiência do Sistema Único de Saúde”.

Esses dois objetivos no mesmo anexo foram traduzidos em duas grandes partes, denominadas:

“Parte A: Investimento”.

- 1- Reabilitação e compra de equipamento de informações gerenciais e de serviços de saúde;
- 2- Reabilitação de instalações de serviços de saúde;
- 3- Prestação de assistência técnica nas áreas de administração de saúde, sistemas de gerenciamento de informações, manutenção, segurança de qualidade e descarte de resíduos e materiais médicos de risco.

“Parte B: Desenvolvimento Institucional”

Prestação de assistência técnica para a execução de estudos epidemiológicos, econômicos, administrativos e legais e atividades de disseminação incluindo publicações, oficinas e conferências em apoio à reforma no setor de saúde do Tomador.

No final do Anexo dois (2) após a descrição do projeto evidenciava-se: “Espera-se que o Projeto esteja concluído até 30 de junho de 2000”.

9 - Contrato de Empréstimo do BID N.º 951/OC-BR

O contrato de empréstimo entre a República Federativa do Brasil e o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, recebeu o número 951/OC-BR e foi celebrado em 16 de março de 1997, com o título de Projeto de Reforma do Setor Saúde – REFORSUS.

De acordo com a Cláusula 1.02 do contrato, o valor total do financiamento foi o equivalente a US\$ 350.000.000 (trezentos e cinquenta milhões de dólares).

De acordo com o Anexo A - 5.01 do contrato, esse valor total foi subdividido em quatro categorias (Quadro 2).

Quadro 2. Distribuição do empréstimo do BID segundo categorias –1997.

Categoria	Valor do empréstimo alocado (expresso em dólares)
(1) Administração e supervisão	23.100.000
(2) Obras de reabilitação, equipamentos, gerência e manutenção	293.400.000
(3) Desenvolvimento Institucional	30.000.000
(4) Inspeção e supervisão	3.500.000
Total	350.000.000

Fonte: Contrato de Empréstimo entre o Brasil e o BID 951/OC-BR, 16/03/1997. Projeto REFORSUS.

No Anexo A do contrato é apresentado o projeto, sendo descrito no item 1.01 o principal objetivo do projeto:

“O principal objetivo do projeto é implementar ações estratégicas voltadas para o reforço do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, visando contribuir para a garantia da universalidade, integralidade e equidade no acesso aos bens e serviços de saúde. Isto será cumprido mediante a recuperação física e tecnológica da rede assistencial e a promoção de ações que visem incrementar a capacidade de gestão do sistema. Simultaneamente, serão introduzidas reformas políticas do setor que deverão melhorar a sustentabilidade financeira, a equidade, a eficiência da administração do SUS, conforme matriz anexa ao aviso n.º 486 de 02 de julho de 1996”.

A análise detalhada de cada contrato foi fundamental para determinarmos o êxito de cada subprojeto apresentado pelos entes da federação.

Na sequência, analisamos os aspectos propostos para cada eixo temático do Projeto REFORSUS do “Relatório Final dos Estudos das Atividades e Investimentos do Projeto REFORSUS”.

Em cada eixo temático analisamos os seguintes aspectos:

Quadro 3. Avaliação dos eixos temáticos.

Nome do Subprojeto:

1) Motivação;**2) Objetivos;****3) Operacionalização:**

- Buscamos responder às seguintes questões analíticas:
 - Recursos e oportunidades foram utilizados de forma responsável?
 - O custo do subprojeto/atividade/serviço foi compatível com a contribuição?
 - O projeto buscou formas de institucionalização no Ministério, SES ou SMS?

4) Resultados/contribuições:

- Quais os principais resultados e contribuições à formulação e implementação de políticas, considerando principalmente a equidade, a qualidade do sistema de saúde e o desenvolvimento da capacidade gerencial?
- Buscamos responder às seguintes questões analíticas:
 - Foram introduzidas alterações qualitativas ou quantitativas em relação às práticas anteriores?
 - Os resultados tiveram ou poderão ter impacto na formulação, avaliação ou aperfeiçoamento do campo da gestão da política de saúde?
 - Os resultados efetivamente alcançados estão relacionados aos resultados previstos no TOR? (construir categorias explicativas)
 - Ampliam ou consolidam o diálogo entre a sociedade civil e os agentes públicos de saúde no campo da saúde pública?
 - O projeto instituiu avanços nas SMS, SES e/ou no Ministério da Saúde?
 - Os projetos se converteram de fato em instrumentos ou tecnologias de gestão?
 - Os projetos colaboraram para colocar os temas desenvolvidos na agenda dos gestores?
 - Os resultados alcançados foram compatíveis com os resultados previstos no TOR? (construir categorias analíticas)
 - O tempo de execução é equivalente ao tempo previsto? (construir categorias analíticas)
- Quais foram os pontos positivos e negativos (problemas e facilidades) dos subprojetos, inclusive buscando especificidades regionais, sociais e políticas que possam ter interferido nos resultados?

5) Recomendações:

- ✓ Quais foram os resultados que, segundo o consultor ou equipe, devem ser divulgados?

- ✓ Quais foram os processos e achados que têm capacidade de contribuir com a institucionalização da avaliação no Ministério da Saúde?

Fonte: autor.

Destacamos que o Projeto REFORSUS, em seu desenho original, foi um projeto com peculiaridades que o diferenciaram de outros projetos de investimentos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, à época, destacando-se:

- (a) o processo de aprovação dos investimentos;
- (b) o modelo adotado para o repasse dos recursos;
- (c) o sistema adotado para supervisão da execução de obras e equipamentos e, finalmente,
- (d) o sistema adotado para a avaliação de resultados dos investimentos.

Salientamos que quanto ao processo de aprovação dos investimentos, em que pese a Comissão Intergestora Tripartite - CIT ter fornecido as linhas mestras para os investimentos e as áreas técnicas do Ministério da Saúde tivessem fornecido diretrizes mais específicas, as cartas consultas apresentadas para análise, foram elaboradas pelo nível local (unidades de saúde), tendo passado por uma primeira análise de prioridades, também no âmbito local, elaborada pelos Conselhos Municipais de Saúde, posteriormente encaminhadas às Comissões Intergestoras Bipartites - CIB, no âmbito estadual, e, posteriormente, foram priorizadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, conforme as diretrizes de investimentos contidas nos Planos Estaduais de Saúde da época. Após este processo local de priorização de investimentos, as cartas consultas foram encaminhadas para as instâncias regionais e central do Projeto REFORSUS (UATR e UGP) para análise e aprovação, constituindo-se finalmente em subprojetos de investimentos.

O processo de repasse dos recursos, se fizeram por meio de contratos e não de convênios, e a contrapartida da instituição beneficiada foi paga com recursos financeiros. Os proponentes não receberam o recurso, o mesmo foi depositado em conta específica do Banco do Brasil depois de adquiridos os equipamentos ou executada a obra que pleitearam e feito o depósito da parcela da contrapartida específica. O valor integral da parcela foi então pago ao fornecedor ou prestador de serviços. Não houve repasses de verbas antecipados

como nos convênios. Esta inovação só foi possível pela implantação do processo de supervisão de obras e de equipamentos.

Com vistas à modernização da gerência das unidades beneficiadas, destacamos outro aspecto importante do Projeto, expresso pelo fato de ter-se exigido que cada instituição beneficiada por obras ou equipamentos destinasse até 5% dos recursos globais de investimentos para atividades de modernização gerencial (aquisição de equipamentos, software e consultoria) focalizando a implantação de sistemas informatizados de marcação de consultas, de oferta de leitos, de controle de estoque, entre outros, tendo sido desenvolvido, inclusive o sistema HOSPUB, numa parceria entre REFORSUS e DATASUS para ser ofertado às unidades interessadas.

Entretanto, todas estas peculiaridades e inovações contidas no Projeto REFORSUS não foram suficientes para garantir de forma sistêmica e integral o êxito dos investimentos em todas as instituições que receberam recursos do projeto, como veremos no desenvolvimento deste trabalho.

Em que pese a relevância dos indicadores pactuados no Contrato, estes indicadores foram voltados, sobretudo, para a avaliação de resultado das Políticas do Ministério da Saúde, tendo baixo alcance para a avaliação de desempenho específico dos subprojetos e das unidades beneficiadas à curto prazo.

Observamos que, durante as missões de revisão em novembro de 1997 e março de 1998 foi apresentado e aprovada uma nova metodologia de avaliação dos investimentos, elaborada pela Unidade de Acompanhamento e Avaliação da UGP/Projeto REFORSUS, conforme destacamos trecho da Minuta de Entendimento Brasil: Projeto de Reforço à Reorganização do SUS - REFORSUS/Missão de Supervisão dos Bancos Mundial e Interamericano para o Desenvolvimento/24 de novembro a 6 de dezembro de 1997:

“A UGP apresentou uma proposta satisfatória de sistema de acompanhamento e avaliação do projeto. Os bancos receberam uma proposta concreta de implantação de nove termos de referência, lista de empresas e proposta de contrato do sistema bem como a medição da respectiva linha de base.” (ME.1997:5).

RESULTADOS ALCANÇADOS DO PROJETO REFORSUS

O Projeto REFORSUS abrangeu todas as áreas e setores do Sistema Único de Saúde de 1996 até 2002, nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal. Para demonstrar efetivamente esse grandioso projeto e seus resultados, optamos por apresentá-lo em seis grandes eixos temáticos, através de resumos executivos denominados “Relatórios de Avaliação do Projeto REFORSUS”. Esses relatórios, de forma resumida, demonstrará todas as etapas do projeto ou seja, o proposto pelos subprojetos e os resultados alcançados. Os seis eixos apresentados a seguir são: Informação e Informática, Estrutura Política do Sistema, Economia da Saúde, Capacitação de Recursos Humanos, Modernização Gerencial e Infraestrutura.

EIXO 1 - INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA

Planejado:

Estudos econômicos, institucionais, legais, epidemiológicos e atividades de disseminação, incluindo seminários e publicações, conferências relacionadas ao processo de reforma do setor, visitas de estudo e apoio para a capacitação gerencial dos órgãos gestores. Deverão ser considerados as seguintes linhas: melhoramento dos mecanismos de financiamento e remuneração da assistência à saúde, apoio a iniciativas inovadoras no âmbito da gestão em saúde, recuperação da capacidade de planejamento dos diferentes níveis de gestão do sistema, desenvolvimento de estudos e capacitação para novas formas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), apoio e desenvolvimento de iniciativas que contribuam para o melhoramento e garantia da qualidade dos sistemas e serviços de saúde.

Alcançado:

Marcos de referência considerados para a avaliação dos produtos e serviços de informação e informática: (1) Política Nacional de Informação e Informática em Saúde para o SUS (2003); (2) 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000); (3) 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003); (4) Interface entre recursos REFORSUS e projetos continuados (avalia o projeto e destaca a

contribuição do REFORSUS); (5) Políticas de sigilo: dificuldades de acesso a dados e informações completos, de qualidade e fidedignos sobre os projetos (financiamento, AMS, etc.).

Quadro 4. Bloco 1 - Aplicativos de informática para captura e tratamento de dados: SIOPS, SILAB, HOSPUB, CARTÃO.

Bloco 1: Aplicativos de informática para captura e tratamento de dados: SIOPS, SILAB, HOSPUB, CARTÃO

Considerações a respeito dos marcos de referência

11ª Conferência Nacional de Saúde: - Implementar o Cartão como dispositivo para implantação de sistemas de informação automatizados, centrados nos usuários, em toda a rede SUS; implantar e fortalecer o SIOPS; - Assegurar compatibilidade/integração entre os sistemas e bases de informação em saúde e estimular soluções locais; - Destinar verbas do REFORSUS para construir sistemas de informação adequados nos municípios e estender a informatização e a internet às unidades básicas de saúde e à rede hospitalar”.

12ª Conferência Nacional de Saúde e PIIS-SUS: - Estímulo ao desenvolvimento de soluções abertas e de softwares livres, biblioteca de soluções informatizadas, autonomia local e estímulo à auto suficiência nacional, estímulo ao uso de soluções locais desenhadas a partir de padrões nacionais (identificação unívoca de usuários, profissionais e usuários e tabelas), capacidade ergonômica das soluções, instituição de rede de centros colaboradores, interferir na formação e na educação continuada dos profissionais, registro eletrônico, Datasus e SES como portas-de-entrada das demandas e como elo de cooperação técnica e operacional, defesa do SIOPS.

Resultados:

Cartão: duas soluções diferentes e não interoperáveis, desenvolvidas pelas empresas contratadas para captura de dados de atendimento nos serviços de saúde, com algumas funcionalidades para integração com outros sistemas de base nacional, em implantação em 44 municípios da etapa piloto. Sofreu adequações a partir das avaliações realizadas a partir de 2003.

Siops: solução atualmente em uso desenvolvida pelo Datasus, responsável pela implantação em conjunto com SES e SMS, com base na Internet, captura dados de orçamento e finanças, vem sofrendo alterações na medida em que as avaliações apontam essa necessidade.

Silab: solução desenvolvida por empresa contratada para informatização dos laboratórios de saúde pública, parcialmente entregue, em implantação em oito laboratórios piloto.

Hospub: solução de software para uso em unidades hospitalares, atualizada para implantação em hospitais no componente de modernização gerencial do REFORSUS (solução padronizada a partir de 2000), com implantação local a partir de credenciamento de empresas.

Fonte: autor.

Quadro 5. Bloco 2- Projetos para informatização de serviços e sistemas locais: CARTÃO, HOSPUB, SILAB.

Bloco 2: Projetos para informatização de serviços e sistemas locais: CARTÃO, HOSPUB, SILAB

Considerações a respeito dos marcos de referência

11ª Conferência Nacional de Saúde: - Implementar mudança cultural e ações que estimulem a superação das resistências no uso da informação e de tecnologias mais avançadas; - Promover a participação da população na definição sobre a incorporação de tecnologias de informática. (Conceito de “modernização” associado ao uso das soluções tecnológicas).

12ª Conferência Nacional de Saúde e PIIS-SUS: - Infraestrutura de telecomunicação que permita a interoperabilidade, estimular o uso das potencialidades locais, infraestrutura que permita recuperar informações e agregar funcionalidades de tele saúde e ensino à distância, acesso à Internet, acesso a acervos de interesse, capacidade ergonômica das soluções de informática; - Implementar projetos desenvolvidos de forma regionalizada, prevendo a informatização de todas as unidades de saúde, inclusive farmácias; - Instalar laboratórios públicos de informática para acesso à população e informatizar serviços, conselhos, órgãos de formação, etc.

Problemas encontrados

Cartão:

Foram desenvolvidas duas soluções específicas de hardware, uso extensivo de equipamentos nas redes municipais (servidores).

Os projetos de informatização desenhados com base apenas nas soluções de software oferecidas (suposto de exclusividade no uso dos equipamentos).

A inexistência de padrões mínimos de porte, custo e capacidade dos equipamentos de informática para otimizar o uso de recursos financeiros das três esferas de governo.

Os dados coletados nos municípios informam baixo uso dos relatórios (15/44 informaram algum uso; 4/44 informaram retorno das informações aos estabelecimentos de saúde e dificuldades operacionais para a produção de relatórios próprios).

Os municípios reclamam do paralelismo de registros e da manutenção de captura manual (em nenhum município o processo de captura está completamente informatizado).

Fonte: autor.

Quadro 6. Bloco 3 - Outras estratégias para capturas de dados: Pesquisa AMS I e II.

Bloco 3: Outras estratégias para capturas de dados: Pesquisa AMS I e II

Considerações a respeito dos marcos de referência

11ª Conferência Nacional de Saúde: - Realizar pesquisas para a captura de dados de interesse e inexistentes nos sistemas de informação em saúde.

12ª Conferência Nacional de Saúde: - Realizar pesquisas para a captura de dados de interesse e inexistentes nos sistemas de informação em saúde.

PIIS-SUS: - Estimular o uso de pesquisas amostrais e inquéritos periódicos para os casos em que não se justifique a coleta universal e contínua de dados, otimizando custos e o trabalho rotineiro.

Contribuição

Permite a caracterização dos serviços de saúde existentes no território nacional, independentes do vínculo com o SUS, importante para o planejamento e para a regulação, com dados acessíveis no portal da saúde.

Problema encontrado

Integração ainda tênue com o SUS (MS) no desenho do instrumento de coleta de dados, no processo de tratamento e na disponibilização, em particular no que se refere aos micros dados.

Fonte: autor.

Quadro 7. Bloco 4: Projetos para constituição de redes de informação: RNIS e Cartão Considerações a respeito dos marcos de referência.

Bloco 4: Projetos para constituição de redes de informação: RNIS e Cartão

Considerações a respeito dos marcos de referência

11ª Conferência Nacional de Saúde: - O Ministério da Saúde deve investir maciçamente na implantação de uma rede nacional de informação com suporte na Internet; - Utilizar a Rede Nacional de Informações em Saúde para a formação e qualificação (educação continuada) de profissionais no âmbito dos serviços.

12ª Conferência Nacional de Saúde: - Viabilizar a rede de informações de âmbito nacional, integrando todos os serviços de saúde, estruturas de gestão e de controle social e outras, garantindo acesso em tempo real a informações e bases de dados; - Definir volume de recursos, fontes de financiamento, prazos, cronograma e critérios para implantação do Cartão Nacional de Saúde em todo o país, incluindo os pré-requisitos de informatização das unidades e infraestrutura tecnológica e implantação da rede de informações, com recursos das três esferas de governo.

PIIS-SUS: - Investir na criação de infraestrutura de telecomunicação para garantir interoperabilidade nas aplicações dos serviços de saúde.

RNIS: contribuições/resultados

- Primeiro inventário amplo de iniciativas locais para informatização e de recursos tecnológicos de informação e informática;

- 27 SES e NN SMS criaram/atualizaram páginas eletrônicas com padronização do domínio (www.saude.uf.gov.br);
- Inauguração do conceito e práticas de cooperação técnica horizontal e uma biblioteca de soluções informatizadas na área de informação e informática;
- Incremento na conectividade das SMS: 39,42% do total (2.192) e 178,65% da meta da primeira fase; - Capacitação integrada de técnicos das SES e SMS: 315% da meta estabelecida;
- Início da articulação entre os estados na área de informação e informática (Fórum de - Coordenadores RNIS, Câmara Técnica do CONASS e Comitê de Informação e Informática da CIT);
- Integração de recursos financeiros e tecnológicos da União e dos Estados na implementação de iniciativas de informação e informática;
- Estabelecimento de padrões de forma conjunta da União com os Estados;
- Desenvolvimento de um Programa de Capacitação em Informação e Informática via Web.

Problemas encontrados

- Dificuldade de execução dos recursos, por decorrência de duplo mecanismo de controle (REFORSUS + FNS);
- Descontinuidade no financiamento com recursos federais (foram mantidas apenas transferências isoladas por meio de convênios);
- Não implementação do Programa de Capacitação à Distância via WEB.

Fonte: autor.

Quadro 8. Bloco 5-1- Uso da informação para avaliação de projetos, políticas e/ou para suporte à gestão: SILAB, Estudo Avaliativo do Programa Bolsa Alimentação.

Bloco 5-1: Uso da informação para avaliação de projetos, políticas e/ou para suporte à gestão: SILAB, Estudo Avaliativo do Programa Bolsa Alimentação

Considerações a respeito dos marcos de referência

11ª Conferência Nacional de Saúde: - A informação em saúde é um insumo fundamental para o aperfeiçoamento do setor saúde, mas não tem sido utilizada de forma adequada; - Conscientizar gestores e profissionais de saúde sobre a importância no uso de informações de qualidade; - Democratizar o acesso às informações já existentes, estimulando o uso.

12ª Conferência Nacional de Saúde: - Promover e estimular, com os gestores, o uso analítico das informações dos sistemas de informação do SUS, para o planejamento e a avaliação das ações de saúde nas comunidades, bem como das demais informações e indicadores de saúde produzidos nos serviços, tendo como ênfase a avaliação e efetivação dos princípios do SUS, em detrimento da lógica de faturamento e pagamento, garantindo a capacitação dos técnicos e gestores, bem como a fiscalização pelos Conselhos de Saúde; - Capacitar para uso, adequar, racionalizar etc.

Propósito da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde para o SUS: - Promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população.

SILAB: encontra-se em implantação – análise prejudicada

Fonte: autor.

Quadro 9. Bloco 5-2 - Uso da informação para avaliação de projetos, políticas e/ou para suporte à gestão: SILAB, Estudo Avaliativo do Programa Bolsa Alimentação.

Bloco 5-2: Uso da informação para avaliação de projetos, políticas e/ou para suporte à gestão: SILAB, Estudo Avaliativo do Programa Bolsa Alimentação

Estudo Avaliativo do Programa Bolsa-Alimentação:

Objetivo:

Identificar e estimar os principais impactos planejados e não planejados do Programa Bolsa Alimentação em diversos aspectos de bem-estar domésticos relacionados ou não à subnutrição (TOR e Contrato): alterações nos indicadores de subnutrição resultantes do Programa; alterações em outros indicadores de bem-estar doméstico, consumo doméstico de alimentos, incidência de doenças, vulnerabilidade doméstica e capacidade de enfrentar riscos, acumulação de fortuna e investimento em capital produtivo, participação no mercado de trabalho, participação no mercado de crédito, efeitos inesperados sobre a economia local.

Histórico e características do Programa:

Instituído pela Medida Provisória nº 2.206-1, de 6 de setembro de 2001, previa o pagamento de uma complementação de renda familiar para a melhoria da alimentação no valor de R\$ 15,00 a R\$ 45,00 por família beneficiada, prevendo um alcance de 3,58 milhões de pessoas, sendo 2,77 milhões de crianças de seis meses a seis anos e 803 mil gestantes e nutrízes.

Operacionalização:

Contratada empresa Norte-Americana IFPRI (*International Food Policy Research Institute*), por meio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Convênio nº 3.785/98 – Cooperação Técnica com o MS); Realizada oficina de estruturação lógica do Programa, para definição dos indicadores específicos do impacto; Coletados dados em 999 famílias de quatro municípios em maio/junho de 2002 e de 662 famílias de mais 13 municípios a partir de agosto de 2002, totalizando 1.661 famílias de 17 municípios do nordeste.

Alguns problemas:

- Divergência entre os produtos apresentados pela consultoria e os resultados contratados;
- Mudança da metodologia da pesquisa realizada e daquela prevista no contrato;
- O contrato previa uma pesquisa de linha de base e uma longitudinal com grupos de estudo e de controle e foi realizada uma pesquisa transversal/retrospectiva com os dois grupos, mantendo-se o valor do contrato;
- Não identificada a base de dados e/ou uma descrição detalhada dos achados;
- Não estão descritos mecanismos de monitoramento e avaliação do subprojeto.

Fonte: autor.

Efeitos e impactos potenciais do projeto:

Os produtos e serviços contratados não estiveram exatamente compatíveis com os princípios e diretrizes dos marcos de referência, que têm emergência em período equivalente. Normalmente as motivações dos projetos estão mais compatíveis com a análise da realidade que se encontra nos marcos de referência do que com os produtos oferecidos. Há um atraso significativo na entrega dos produtos e serviços contratados, causados por erros na previsão do TOR, por dificuldades das empresas contratadas, do MS e dos gestores/serviços locais (déficits de planejamento e de gestão). Os produtos e serviços contratados inicialmente não têm mecanismos de garantia de integração/compatibilização e/ou respeito às particularidades / potencialidades locais. Existem evidências de insuficiência na capacidade de gestão do Datasus, principalmente em relação aos contratos:

- Desenvolvimento de produtos e serviços incompatíveis com outros;
- Inexistência de padrões tecnológicos nas soluções;
- Dificuldade em tomar a tecnologia como objeto de reflexão (relatório de avaliação);
- Dificuldade em operar o monitoramento/avaliação de produtos e serviços de forma a garantir prazos, cumprimento de metas e qualidade dos produtos entregues.

Existência de evidências de fragmentação no Ministério na gestão de produtos e serviços de informação e informática: - Contratos desconsideram bases de dados, tecnologias e processos já em desenvolvimento; - Bolsa Alimentação: desencontro no acompanhamento dos produtos contratados.

Existência de evidências de pouco protagonismo local na decisão e no acompanhamento dos produtos e serviços, mesmo quando está prevista a participação na operacionalização. Existência de evidências de insuficiência no processo de controle administrativo (TOR, Contrato, Pagamento, produtos apresentados). Os mecanismos de previsão de custos não são suficientes para garantir parâmetros uniformes e/ou capazes de suprir o princípio de economicidade do gasto. Existência de evidências que apontam os fluxos de execução de recursos REFORsus como parcialmente responsáveis pelos atrasos. Os mecanismos de acompanhamento descentralizado, quando existem, normalmente são recortados e estimulam a fragmentação.

Recomendações:

- Condicionar a aprovação de projetos de investimento à implementação da PIIS-SUS (uso de padrões, compatibilização, integração/racionalização dos recursos financeiros e tecnológicos) e à elaboração de planos de informatização estaduais e municipais;
- Atribuir a gestão dos contratos de produtos e serviços de informação e informática ao DATASUS (evitar a fragmentação na gestão no MS, controle dos custos);
- Qualificar o DATASUS na avaliação tecnológica de produtos e serviços;
- Melhorar os mecanismos de acompanhamento e controle dos projetos;
- Ampliar o envolvimento das SES e SMS no planejamento e na gestão dos projetos;
- Estimular o uso de recursos no fortalecimento de iniciativas locais;
- Apoiar iniciativas de software livre;
- Apoiar iniciativas integradoras de soluções de software, hardware e rede.

EIXO 2 - ESTRUTURA POLÍTICA DO SISTEMA

Planejado:

Estudos econômicos, institucionais, legais, epidemiológicos e atividades de disseminação, incluindo seminários e publicações, conferências relacionadas ao processo de reforma do setor, visitas de estudo e apoio para a capacitação gerencial dos órgãos gestores. Deverão ser consideradas as seguintes linhas: melhoramento dos mecanismos de financiamento e remuneração da assistência à saúde, apoio a iniciativas inovadoras no âmbito da gestão em saúde, recuperação da capacidade de planejamento dos diferentes níveis de gestão do sistema, desenvolvimento de estudos e capacitação para novas formas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), apoio e desenvolvimento de iniciativas que contribuam para o melhoramento e garantia da qualidade dos sistemas e serviços de saúde.

Alcançado:

Dentro do Projeto REFORSUS o Eixo 2 apontou a necessidade de aprimoramentos e de ampliação de capacidade de planejamento, definição de prioridades e gestão do sistema no nível das Secretarias Estaduais de Saúde, bem como a regulação da assistência médica suplementar e uma avaliação da descentralização dos municípios. Nesse sentido, dentro do “*Componente II - Eixo de análise 2*” foram realizados quatro subprojetos, a saber:

- I- Projeto de Fortalecimento e apoio ao desenvolvimento institucional da gestão estadual do SUS;
- II- Avaliação do Processo de Descentralização da Gestão do SUS e do impacto da gestão plena do sistema municipal;
- III- Estudo da Carga de Enfermidade;
- IV- Perfil e regulação da Assistência Médica Suplementar.

O subprojeto “**Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento da Gestão Estadual do SUS**” visou implementar ações estratégicas que viessem fortalecer a capacidade gestora das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) de dez estados brasileiros, a saber: Pará, Tocantins, Pernambuco, Bahia, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Através do estímulo ao redirecionamento estratégico de seus projetos institucionais e da qualificação de seus quadros gestores e operacionais para o exercício das novas atribuições propostas pelo SUS, o projeto buscou, de forma mais específica:

(1) adequação de sua estrutura organizacional e a definição de instrumentos de gestão das SES;

(2) a implementação da regionalização do SUS nos estados;

(3) o desenvolvimento de mecanismos de articulação, negociação e pactuação com outros níveis gestores do SUS;

(4) a capacitação de recursos humanos, e procura da avaliação quanto a sua contribuição para a transformação e consolidação da estrutura política do SUS.

O subprojeto “**Avaliação do Processo de Descentralização da Gestão do SUS e do impacto da gestão plena do sistema municipal**” deveria fornecer elementos para o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde para a implementação de um sistema de monitoramento sistemático da gestão descentralizada do SUS, de maneira a orientar a formulação de políticas no sentido de superar as dificuldades do processo de descentralização.

O subprojeto: “**Estudo da Carga de Enfermidade do Brasil**” buscou quantificar o impacto das doenças mais importantes no país, permitindo a comparação do impacto negativo de doenças fundamentalmente diferentes e estabelecendo uma abordagem quantitativa na determinação do orçamento de saúde. A partir dos resultados, espera-se: a. Identificar a *distribuição das doenças* no Brasil e seu *impacto* sobre a saúde da população; b. *Subsidiar o processo de priorização de políticas*, possibilitando definir as grandes frentes de combate em cada região, bem como a participação dessas regiões na carga global de cada doença sobre a população brasileira; e c. Iniciar um processo de identificação de áreas de investimento em saúde com bom retorno (aumento de utilidade, ou retorno econômico).

O subprojeto projeto “**Desenvolvimento de Sistemas de Informações sobre Empresas de Assistência Médica Suplementar no Brasil**” parte da constatação de que as informações existentes no Brasil sobre o mercado de planos e seguros privados não permitem conhecer aspectos fundamentais necessários para a regulamentação do setor tais como: características da população coberta, modalidades de cobertura, e modalidades de financiamento.

Efeitos e impactos potenciais do projeto:

I - O subprojeto “Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento da Gestão Estadual do SUS”

a) Distribuição de recursos em relação à população

Podemos dizer que houve um relativo equilíbrio na distribuição dos recursos se tomarmos os valores absolutos investido e as regiões, com pequeno destaque para as regiões Norte e Nordeste. Se fizermos uma comparação dos recursos investidos por mil habitantes dos Estados envolvidos, podemos observar que a distribuição foi bastante desigual: as regiões Norte (R\$ 221,52/mil hab.) e Centro-Oeste (R\$ 207,51/mil hab.) receberam quase **cinco vezes** mais recursos por mil habitantes que a região Sudeste (R\$ 39,21/mil hab.). E quase **três vezes** mais recursos que as regiões Nordeste (R\$ 75,46/mil hab.) e Sul (R\$ 78,48/mil hab.). Podemos dizer que sob a óptica de tratar desigualmente os desiguais com vistas a promover a equidade, podemos afirmar que a distribuição foi correta.

b) Distribuição de recursos por macro função – Brasil.

Tomando-se a média dos recursos investidos nos diversos estados por macro função, o item Desenvolvimento Institucional consumiu 36,84% dos recursos. Vale lembrar que sob este título subentendem-se aqueles subprojetos que visavam à melhoria da capacidade operativa das SES, nas suas funções mais elementares. Ou seja, as SES não possuíam condição institucional adequada e/ou suficiente para desenvolver as suas funções básicas, muito menos as “novas” funções proposta pelo SUS.

Observou-se que a maior parte do recurso foi destinada a projetos voltados para a melhoria da capacidade de gestão ou gerência das Secretarias Estaduais, além de 12% para “outros” fins. Apenas 14% dos projetos dirigiram-se a Descentralização e 10% para melhoria da qualidade de assistência. E o aspecto mais prejudicado foi a questão da equidade, que teve apenas 4% dos recursos destinados.

II - O subprojeto “Avaliação do Processo de Descentralização da Gestão do SUS e do impacto da gestão plena do sistema municipal”

O estudo proveu um método retrospectivo de avaliação do processo de descentralização, que porém não permite uma avaliação do impacto da descentralização nos municípios. O recorte foi feito a partir do momento em que os municípios já haviam se habilitado na gestão plena e comparados os anos de 1998 e 2000, e não na forma “antes e depois” da gestão plena. Para este tipo de avaliação uma abordagem na forma estudo de caso talvez fosse mais interessante para se acompanhar as mudanças que ocorrem num município que se coloca o desafio da gestão plena do sistema.

III- O “***Estudo da Carga de Enfermidade do Brasil***”

O estudo Carga de Doença no Brasil trouxe importantes informações epidemiológicas que podem *subsidiar o processo de priorização de políticas*, possibilitando definir as grandes frentes de combate em cada região e identificar áreas de investimento em saúde com bom retorno (aumento de utilidade, ou retorno econômico). Adequando-se as fortes desigualdades regionais e o impacto de doenças com baixa letalidade e grande carga de incapacitação, comumente subestimadas dentro do contexto geral da saúde pública.

No Brasil, no que se refere à carga de mortalidade, a distribuição por grandes grupos de patologia trouxe os seguintes resultados:

27% - Doenças infecciosas e parasitárias, condições maternas, perinatais e deficiências nutricionais. Atingindo principalmente as regiões Norte e Nordeste. A asfixia e traumatismo ao nascer foram a 3ª causa de morte mais frequente no Brasil e 1ª no Norte e Nordeste.

58% - Doenças não-transmissíveis. Atingindo principalmente as regiões sul e sudeste.

15% - Causas externas. Atingindo principalmente adultos jovens das regiões Centro-oeste e Sudeste.

IV - “***Desenvolvimento de Sistemas de Informações sobre Empresas de Assistência Médica Suplementar no Brasil***” esse subprojeto não se realizou do modo previsto transformando-se num conjunto de estudos e investigações.

Recomendações:

O principal obstáculo encontrado para o melhor aproveitamento do Projeto encontrou-se no modo de pactuação do Ministério da Saúde com as Secretarias Estaduais. E o Projeto teve o maior êxito nas situações em que o MS, a SES e a empresa contratada estiveram em consonância.

Devido à enorme diversidade de situações e, por consequência, de necessidades específicas que cada gestor estadual tem de se defrontar, o próprio sentido do “fortalecimento” deveria ser construído junto com cada SES. Assim como, as estratégias para a implementação do projeto deveriam ser negociadas caso a caso. Por exemplo, a contratação de empresas consultoras poderia ser apenas uma alternativa entre tantas. Em alguns casos, o próprio MS deveria dispor de expertise para o apoio e desenvolvimento de projetos descentralizados, de modo que o investimento na formação de determinados profissionais pudesse ser racionalizado.

O mecanismo de controle e validação criado para o seguimento dos projetos, em tese, foi bastante interessante, proporcionando transparência e corresponsabilização pelos produtos de todos os atores.

Outro fator importante para a o melhor desenvolvimento do Projeto está ligado ao tempo de execução previsto ou planejado. De fato, concorrem duas temporalidades independentes, mas que interferem mutuamente. De um lado o tempo do próprio do Projeto e de outro tempo do calendário eleitoral. O ritmo das eleições interfere na questão da continuidade dos projetos (no caso de troca de grupo governante), no empenho das SES (próximo ao período eleitoral ou em fim de governo). Assim, os projetos deveriam estar sendo adequados e planejados levando-se em conta tais eventos. Projetos de menor duração têm maior chance de serem implementados; outra possibilidade é a concepção de módulos inter-relacionados, mas independentes para a execução que poderiam permitir um desenvolvimento por um tempo mais longo.

Um fator que pode garantir melhor a continuidade dos projetos seria a constituição de grupos de acompanhamento do MS que estivessem locados ao menos regionalmente (escritórios regionais?), permitindo a presença física com maior frequência dos técnicos do MS e ao mesmo tempo uma maior facilitação para a comunicação com as SES ou SMS.

Talvez a principal crítica ao projeto esteja na ausência das diversas instâncias de controle social, seja do Conselho Nacional de Saúde ou dos Conselhos Estaduais, ou mesmo de organizações como o CONASS e o CONASEMS. A participação destes atores, tanto no processo de elaboração e escolha de prioridades, assim como no processo de acompanhamento da execução dos projetos e de controle financeiro possibilitariam maior consistência e continuidade.

EIXO 3 - ECONOMIA DA SAÚDE

Planejado:

Estudos econômicos, institucionais, legais, epidemiológicos e atividades de disseminação, incluindo seminários e publicações, conferências relacionadas ao processo de reforma do setor, visitas de estudo e apoio para a capacitação gerencial dos órgãos gestores. Deverão ser considerados as seguintes linhas: melhoramento dos mecanismos de financiamento e remuneração da assistência à saúde, apoio a iniciativas inovadoras no âmbito da gestão em saúde, recuperação da capacidade de planejamento dos diferentes níveis de gestão do sistema, desenvolvimento de estudos e capacitação para novas formas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), apoio e desenvolvimento de iniciativas que contribuam para o melhoramento e garantia da qualidade dos sistemas e serviços de saúde.

Alcançado:

1) Subsídios para os formuladores da política na área da saúde, identificando o perfil socioeconômico dos usuários do sistema público de saúde e o impacto distributivo dos gastos públicos em saúde.

**Relatório 1 - “Aspectos Distributivos do Gasto Público em Saúde”
(micro dados da PNAD 1998).**

Relatório 2 - “O SIOPS, o Cartão Nacional de Saúde e a Equidade no Acesso a Serviços: Aspectos Econômicos, Financeiros e Avaliação de Programas”.

Relatório 3 - “Subsídios à Agenda de Investimentos da Saúde no Brasil”.

2) Introdução da Função de Compra nas SES / Goiás e Ceará – Contratos com Hospitais Privados.

Iniciou os estudos necessários para a introdução dos fundamentos da função de compra de serviços hospitalares de saúde nas SES Goiás (microrregião de Anápolis) e Ceará (microrregiões de Limoeiro do Norte e Russas).

3) “Apuração dos Custos de Procedimentos Hospitalares: alta e média complexidade” ·

Apuração dos custos dos procedimentos hospitalares de média e alta complexidade e compará-los com os valores da tabela de preços praticados pelo SUS (abril/2002) para remuneração dos prestadores, almejando garantir a oferta do serviço à população.

4) “Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos”

Elaboração, desenvolvimento e estratégias de implantação de metodologia de alocação de recursos financeiros (custeio) do MS para os estados e dos estados para municípios, tendo como princípio a equidade.

5) Custo e Avaliação do Impacto da Implantação da Parte Fixa do PAB

1 - Levantamento do impacto da introdução do PAB, no período 1998 / 2001.

2 - Estimativa dos custos “reais” dos procedimentos financiados pela parte fixa do PAB.

6) Determinação e Avaliação do Custo do PSF

Apuração do custo e potencial do PSF, visando o desenvolvimento de uma metodologia de apuração e avaliação de custo útil aos gestores, isto é, que lhes permitisse melhor alocar e gerenciar os recursos orçamentários e o dimensionamento da demanda e potencial de usuários.

7) Estudo de Viabilidade Econômico-Financeira de Diferentes Alternativas De Utilização Do Plasma Nacional na Produção de Hemoderivados

Estudo de viabilidade econômico-financeira e dos aspectos social, estratégico e tecnológico de diferentes alternativas de utilização do plasma nacional na produção de hemoderivados e detalhar os investimentos necessários à implementação da (s) alternativa (s) viável (is).

8) Portal de Compras Públicas/BANCO DE PREÇOS em Saúde – BPS/BPPH

Desenvolvimento e implantação do Portal de Compras Públicas a todos os gestores do SUS, realizando aquisições com base em preços cotados mediante mecanismo de leilão reverso e passando a incorporar o Banco de Preços em Saúde – BPS/BPPH (Banco de Preços Praticados na Área Hospitalar), implementado desde 1998, como um principal componente.

9) SIOPS – Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde

Formulação, desenvolvimento e implantação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, abrangendo União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Efeitos e impactos potenciais do projeto:

1) “Impacto Distributivo dos Gastos Públicos na área da Saúde”:

- Inovação ao compatibilizar os gastos federais do SUS e o tipo de atendimento recebido, de acordo com a classificação da PNAD-Saúde.
- Os resultados indicaram a progressividade dos gastos federais do SUS e para o melhor conhecimento das proporções da população que têm no SUS a forma exclusiva de atendimento e aquelas cobertas por sistemas supletivos.
- Os relatórios elaborados não foram divulgados para os pesquisadores do campo da saúde, bem como para os gestores do SUS.
- Dentre os três relatórios definidos pelo subprojeto, dois deles não se aplicavam diretamente ao objetivo de medir o impacto redistributivo do gasto público. São eles, os relatórios sobre o SIOPS e sobre uma Agenda de Investimentos em

Saúde, são importantes como contribuição à discussão da agenda de pesquisa do Ministério da Saúde.

2) “Introdução da Função de Compra nas SES/ Goiás e Ceará – Contratos com Hospitais Privados”:

- Aperfeiçoou a função compra de serviços pela SES (resultado mais nítido em Goiás).
- Possibilitou melhores condições à SES/Estadual para orientar os municípios em gestão plena do sistema quanto à elaboração de instrumentos para contratação de serviços.
- Forneceu elementos para a continuidade do processo de contratualização no âmbito da SES/Goiás, possibilitando a adoção de Termos de Compromissos com Secretarias Municipais de Saúde (que não estão em gestão plena do sistema).
- Falta de continuidade na provisão de consultoria, o que foi solicitado pela SES/Goiás ao Ministério da Saúde, prejudicando o aprimoramento dos trabalhos.
- Baixo aproveitamento do subprojeto pela SES/Ceará devido a sua experiência histórica nessa temática.
- Pouca experiência da consultoria em relação à área jurídica e à legislação brasileira, principalmente em licitação e contratos (reconhecida pelos dois estados).

3) “Apuração dos Custos de Procedimentos Hospitalares: alta e média complexidade”:

- A descoberta da fragilidade dos dados hospitalares. Isto porque, durante a implementação do subprojeto alguns hospitais solicitaram a sua exclusão da pesquisa, porque tinham receio de uma eventual auditoria que poderiam sofrer posteriormente, visto que seus dados (custos e procedimentos) poderiam passar a ser plenamente conhecidos por terceiros.
- Com um estudo complementar, talvez possa ser possível estabelecer tabelas de remuneração dos procedimentos hospitalares de alta e média complexidade diferenciadas por perfil dos prestadores desses serviços, de forma mais adequada à realidade brasileira.
- O subprojeto permitiu a sugestão do MS elaborar um banco de dados com as informações obtidas, referentes a produção, custos, procedimentos, preços etc.,

para ser usado quando necessário e divulgue a metodologia adotada de levantamento de custos.

- O MS/Secretaria de Investimento somente iniciou a definição conceitual e abrangência de cada procedimento de média e alta complexidade apenas em 2000, quando o trabalho já se encontrava em andamento avançado. Ademais, essa discussão e acompanhamento foram realizados de forma fragmentada, de acordo com os procedimentos relacionados à área específica do MS.

- Alguns hospitais solicitaram a sua exclusão da pesquisa, porque tinham receio de uma eventual auditoria que poderiam sofrer posteriormente, visto que seus dados (custos e procedimentos) poderiam passar a ser plenamente conhecidos por terceiros.

- Conclusão do relatório final já devidamente conhecida por muitos - divergência entre a tabela detalhada de custos, por procedimento e por hospital e os preços da tabela do SUS.

- O produto da pesquisa acabou se constituindo numa tabela comparativa entre custos médios estimados e preços praticados na tabela do SUS, o que revela ser no mínimo insuficiente para a qualidade do material obtido. Recomenda-se que sejam avaliadas as vantagens de se fazer um trabalho final de consolidação dos resultados obtidos, caso seja de interesse do MS levar adiante a proposta geradora deste subprojeto.

4) “Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos”:

- Construção de uma base de dados para o desenvolvimento do estudo e das simulações, a partir de 134 unidades geográficas, 26 municípios das capitais, o Distrito Federal, os demais municípios com mais de 200.000 habitantes e o agregado dos demais municípios de cada Estado - não aplicabilidade dos modelos propostos nas experiências internacionais, especialmente o caso inglês.

- O abandono da oferta de serviços existentes como referência de equidade na alocação de recursos para a saúde e a assunção como referência de decisão, as necessidades diferenciadas da população brasileira (igualdade de recursos para necessidades iguais).

- O índice de necessidade utilizado pelo subprojeto mostrou-se dinâmico e, portanto, a metodologia proposta permite constante reaplicação, a fim de que a

distribuição de recursos, tanto do MS para os Estados, como dos Estados para os municípios permaneça fiel ao princípio da equidade pela demanda e não pela oferta.

- Os resultados da metodologia proposta (recursos de custeio) podem servir de guia para a adoção de um critério de alocação equitativa de recursos para investimento na saúde. Contudo, sugere-se a necessidade de se desenvolver uma pesquisa mais específica para discutir esse último ponto.
- Os resultados das análises realizadas pela metodologia desenvolvida, não tiveram a divulgação necessária para além do âmbito dos participantes do trabalho executado.
- Ausência de uma metodologia mais específica para alocação de recursos equitativos frente à investimentos na saúde.

5) “Custo e Avaliação do Impacto da Implantação da Parte Fixa do PAB”:

- Constatar que o PAB tem impacto redistributivo dos recursos, diminuindo as diferenças regionais no que se refere às transferências federais para a atenção básica, beneficiando especialmente as regiões Norte e Nordeste.
- O PAB permitiu que municípios que antes não produziam serviços na proporção das necessidades o fizessem, inclusive ampliando a estrutura dos estabelecimentos de atenção básica de saúde em todas as regiões brasileiras.
- Introduzir a preocupação em avaliar as políticas e/ ou as alterações nas sistemáticas definidoras dos repasses.
- Já quanto à capacidade do PAB resultar em elevação da oferta / produção, os resultados não são conclusivos, exigindo estudos complementares.
- A metodologia utilizada para a apuração do custo dos procedimentos não gerou um sistema que possibilitasse seu acompanhamento contínuo, o que pode servir de alerta para o MS em futuras pesquisas sobre custos.
- O relatório do subprojeto não indica nenhuma comparação com o crescimento médio dos níveis de produção do período anterior, não permitindo, com segurança, se concluir que o aumento foi devido ou não à nova sistemática de repasse.

6) “Determinação e Avaliação do Custo do PSF”:

- O custo apurado veio a confirmar o dispêndio imaginado pelo próprio MS, isto é, o custo mensal por pessoa assistida, em junho de 2000, era de R\$ 5,00, resultando em um custo de R\$ 18 mil por equipe da saúde da família mês. No caso da equipe ampliada, esses valores subiam para R\$ 8,00 e R\$ 28 mil.
- O subprojeto serviu de instrumento para a adoção de um projeto de expansão do PSF nos grandes centros urbanos (municípios com mais de 100 mil habitantes) - PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família.
- Segundo o MS, a coleta dos dados realizada por meio de questionário auto aplicado foi prejudicada em termos de qualidade dos dados, uma vez que foi realizada em período de mudança da administração municipal.
- O fato de o Banco de Dados ter sido concebido, a partir de variáveis agregadas prejudicou o levantamento das informações que se encontram desagregadas nos municípios. Isso a princípio não seria problema, caso esses soubessem como deveriam agregar as informações.

7) “Estudo de Viabilidade Econômico-Financeira de Diferentes Alternativas De Utilização Do Plasma Nacional na Produção de Hemoderivados”:

- Quanto à qualificação dos 12 Hemocentros brasileiros - a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) contribuiu para a adoção de um projeto de remodelação dos Hemocentros.
- Quanto à construção no País de uma fábrica de fracionamento, foi elaborado um projeto da planta industrial, sendo de acompanhamento pelo grupo interministerial formado pelo Ministério da Saúde - principalmente pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) - pela Casa Civil e pelo Ministério do Planejamento.
- Elaboração de diversos relatórios que não tratam dos objetivos gerais pretendidos.

8) “Portal de Compras Públicas/BANCO DE PREÇOS em Saúde – BPS/BPP”:

- No período entre sua apresentação para obtenção de apoio do REFORSUS - início de 2001 - e o primeiro semestre de 2002 foi possível identificar dinamismo

em sua implementação. As mudanças na equipe do MS, a partir de abril de 2002, repercutiram fortemente sobre a implementação do projeto, que teve sua implementação desacelerada e ficou praticamente estacionário até o final de 2003.

- Divulgar o Banco de Preços e suas potencialidades junto a gestores e administradores da área da saúde, no setor público e no privado.
- O fato de que toda a equipe ser constituída por técnicos contratados através do REFORSUS pode também ter sido um fator relevante para fragilizar internamente o projeto, por resultar em menores condições de integração com outras áreas do MS e vulnerabilizá-lo em situações de mudanças na direção.
- Inadequação do processo de estimativa dos recursos necessários.

9) “Siops – Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde”:

- A implementação do SIOPS trouxe indiscutível contribuição à ampliação da transparência da gestão e da utilização dos recursos públicos, permitindo o acompanhamento do cumprimento da EC 29 e ampliando as possibilidades de controle e acompanhamento da execução da política de saúde pelo Conselho Nacional de Saúde.
- Há desafios a serem superados, tais como: obter os dados de todos os municípios, especialmente, os das regiões Norte e Nordeste e assegurar a obtenção da informação semestral com maior responsabilidade, obter os dados dos governos estaduais, esfera de governo que pouco tem informado.
- Ausência, no sistema disponibilizado à consulta pública, de módulo que apresente informações sobre o gasto público federal similar ao existente para estados e municípios (que oferece informações sobre receitas municipais, além do gasto com saúde), o que parece denotar que ao invés de um sistema de orçamento público em saúde esteja se consolidando um instrumento apenas de caráter fiscalizatório sobre as instâncias subnacionais.

Recomendações:

Os subprojetos contribuíram e podem ainda contribuir - se bem divulgados para o aprimoramento da gestão federal, estadual e municipal nas áreas

econômica e financeira da saúde. Tais subprojetos propiciaram conhecimento de instrumentos e técnicas econômicas, auxiliando o processo de gestão e a tomada de decisão no âmbito do SUS.

Os temas tratados abrangeram aspectos quanto à: financiamento e gasto do setor saúde, com especificidade ao impacto distributivo dos gastos públicos, eficiência técnica e alocativa do sistema e a forma como deve funcionar o financiamento da União, particularmente no tocante à distribuição dos recursos entre os diferentes níveis de governo, avaliação econômica em saúde, incluindo subprojetos referentes à sistema de custos, sistema de banco de preços e estudos de viabilidade econômico-financeira, e, ainda, contratualização via aperfeiçoamento do sistema de compras de serviços de saúde, baseado em gestão de contratos e convênios.

- O desenvolvimento de estudos e pesquisas na área de economia da saúde permite a utilização mais eficiente dos recursos públicos, com maior poder de controle dos gastos com saúde por parte dos gestores das finanças públicas e, melhor diálogo com a sociedade.

- As pesquisas nesse campo, ou em qualquer outro, tem o mérito, independentemente de seus resultados, de introduzir a preocupação em avaliar as políticas, bem como as modificações sistemáticas no âmbito do financiamento do setor.

- Divulgar os relatórios dos subprojetos a fim de que possam incentivar, de um lado, pesquisadores no campo da economia da saúde a aplicarem muitas das metodologias utilizadas, e de outro, gestores em nível das três esferas de governo qualificarem seus conhecimentos para o processo de tomada de decisão.

- Julga-se que a divulgação dos relatórios e dos dados encontrados deva ser realizada por meio da internet; Seminários e/ou Oficinas de Trabalho com os gestores do SUS; Impressão de produtos específicos, como são os casos de: Manual de Sistema de Custo produzido pelo subprojeto "Determinação e Avaliação do Custo do Programa de Saúde da Família – PSF"; Informe simplificado do subprojeto sobre a "Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos pelo SUS"; Modelos de contratos com hospitais, elaborados pelo subprojeto "Função de Compra nas Secretarias de Saúde dos Estados de Goiás e Ceará".

- Reforçar o investimento do MS junto aos serviços "Banco de Preços" e "SIOPS".

- O primeiro constitui-se de proposta bastante interessante para o sistema de saúde, seja como mecanismo que cria referência sobre o comportamento do mercado de medicamentos aos gestores que, de forma dispersa no país, efetuam compras para assegurar as condições de funcionamento da rede de serviços do SUS, seja por sua potencialidade de tornar mais visível o gasto público, fortalecendo as condições de exercício do controle social.

- O segundo, caracteriza-se por ser o único instrumento de acompanhamento do gasto e financiamento da área da saúde, permitindo o estabelecimento de comparações e agregações de dados de diversas formas, por municípios, por UF, por porte populacional ou outro recorte escolhido pelo usuário. Além disso, seus indicadores disponibilizados podem facilitar uma avaliação da eficiência, eficácia e efetividade (se forem correlacionados aos dados de ações e serviços de saúde) do gasto do SUS.

- A execução de uma nova agenda, de investimento do MS em projetos no campo da economia da saúde, pelo menos em parte, nos próximos anos, depende, pelo menos em parte, da ampliação dos recursos e do número de trabalhadores/pesquisadores nesse campo da Economia da Saúde.

Sabe-se que esses trabalhadores/pesquisadores não podem estar restritos ao que se convencionou chamar de economistas da saúde. É necessário investir na capacitação dos quadros do MS e das secretarias estaduais e municipais de saúde para que os projetos nesse campo se ampliem e sejam desenvolvidos de forma aplicada aos serviços de saúde do SUS. A criação de novos projetos de Economia da Saúde no interior do *Qualisus* poderia atrair trabalhadores da saúde a essa temática e possibilitar políticas de indução para que grande parte de vários outros temas nesse campo não fiquem a descoberto.

EIXO 4 - CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Planejado:

Desenvolvimento de Estudos e capacitação para novas formas de gestão do Sistema Único de Saúde e apoio e desenvolvimento de iniciativas que

contribuam para o melhoramento e a garantia da qualidade dos sistemas e serviços de saúde.

Alcançado:

Foram desenvolvidos e aplicados cursos de especialização e capacitação em diversas áreas voltados para o capital humano dos sistemas e serviços de saúde, com um total de R\$ 53,30 milhões, abrangendo as seguintes áreas:

- Saúde da Família – R\$ 37,06 milhões;
- Gestão e Gerência – R\$ 7,8 milhões;
- Controle Social – R\$ 5,6 milhões.

Os cursos voltados para o Programa de Saúde da Família se desenvolveram em todo o território nacional e envolveram, aproximadamente, 105 mil pessoas, conforme o quadro abaixo:

Quadro 10. Cursos realizados voltados para o programa saúde da família.

Título do Curso	Nº de Cursos realizados	Nº de Egressos
Introdutório para o ESF	1.833	48.866
Introdutório para ACS	1.344	23.990
Formação de instrutores/supervisores	547	5.666
AIDIPI	352	5.496
Ciclos de Vida	340	11.864
SIAB	551	8.812
Pós-graduação residência	...	...
Pós-graduação especialização	...	...
TOTAL	4.967	104.694

Fonte: autor.

Os cursos na área de Gestão e Gerência se desenvolveram na modalidade à distância, englobando as unidades de saúde vinculadas ao Projeto

REFORSUS em todo o território nacional, e na modalidade presencial, envolveram, aproximadamente, 13 mil pessoas, conforme o quadro abaixo:

Quadro 11. Cursos realizados no território gestão e gerência, egressos e fontes de financiamento, período 2002 a 2003.

Título do Curso	Nº Cursos realizados	Nº Alunos previstos	Nº de Egressos	Fonte de Financiamento	Banco
Capacitação a Distância em Administração hospitalar para Pequenos e Médios estabelecimentos de Saúde – Gesthos	1		2.112	Componente II	
Capacitação a Distância em Gerenciamento da Manutenção de equipamentos Médico-Hospitalares – Gema	1		1.147	Componente II	
Capacitação a Distância em Educação Ambiental e gestão de resíduos de serviços de saúde	1		9.357	Componente II	
Capacitação Gerencial para Dirigentes Hospitalares	5		156	Componente II	
Capacitação de Equipes Gestoras de Sistema e Serviços de Saúde	-		-	Componente II	
TOTAL	8		12.772		

Fonte: autor.

Os cursos da área de Controle Social se desenvolveram voltados, especificamente, para duas subáreas: Direito Sanitário e o Controle Social e envolveram aproximadamente 33 mil pessoas, conforme o quadro abaixo:

Quadro 12. Cursos realizados na área de controle social.

Título do Curso	N ° de Turmas realizados	Nº de alunos previstos	Nº de egressos	Fonte de Financiamento	Banco
Capacitação de Conselheiros para o Controle Social	1.311		31.021	Componente II	
Especialização em Direito Sanitário	1		61	Componente II	
Extensão em Direito Sanitário	3		156	Componente II	
TOTAL	1.315		31.238		

Fonte: autor.

Do total de 70 mil pessoas a serem capacitadas, conforme previsto nos Termos de Referências dos diversos cursos, foram capacitados no total 47.795 mil pessoas, representado 68,57% da meta inicial.

Efeitos e impactos potenciais do projeto:

Esta avaliação da equipe coincide com a avaliação dos monitores e conselheiros, no caso da área de controle social, que consideraram a metodologia aplicada baseada na problematização para abordagem dos conteúdos programáticos como um dos principais fatores que contribuiu para o êxito dos cursos.

Pode-se destacar, ainda, alguns resultados indiretos fruto das capacitações realizadas:

- Trabalhos de conclusão de curso tendo como foco propostas de intervenção na prática dos serviços;
- Racionalização dos processos, com definição de rotinas e procedimentos, em especial no que se refere aos processos de compras, armazenamento e distribuição de medicamentos, outros materiais de consumo e de prestação de serviços;
- Redução dos custos operacionais e correspondentes melhoria no atendimento;
- Redução da permanência do paciente na unidade hospitalar;

- Melhoria de atendimento da farmácia hospitalar, com a correspondente redução de custos e desperdícios;
- Ativação de novos serviços em alguns hospitais, de serviços como: CTI, enfermaria pediátrica, endoscopia digestiva;
- Diminuição da média de permanência dos internos e da infecção hospitalar;
- Implantação de Núcleos de planejamento estratégico;
- Melhor gerenciamento dos indicadores hospitalares;
- Os entendimentos dos conselheiros de que os conselhos são espaços legítimos de negociação e pactuação;
- Foram formados mais 300 monitores constituindo uma verdadeira rede de educadores na área de controle social;
- Possibilitar o estudo aprofundado e dogmático das questões sobre os SUS e o direito sanitário.

Entretanto, pode-se destacar, também, alguns problemas identificados na operacionalização dos cursos deste eixo:

- A fragilidade do sistema de informações do Ministérios (recursos humanos e controle social): desde a contratação e monitoramento e execução dos cursos e inexistência de documentação, baixa qualidade dos relatórios;
- Dificuldades de operacionalização e execução dos projetos, tanto os viabilizados por meio de Contratos como por Convênios;
- Os mecanismos previstos para o monitoramento da execução dos cursos, não foram implementados em sua maioria;
- Incapacidade do Comitê de Acompanhamento do Projeto de Controle Social, não foi capaz de monitorar com eficácia o processo;
- Problemas nas relações de parcerias instituídas com gestores e atores do controle social.

Recomendações:

De a subsidiar outros projetos de investimentos no financiamento e operacionalização de cursos de capacitação e extensão, apresentaremos, a seguir, algumas sugestões e recomendações julgadas pertinentes pela equipe de consultores que avaliaram o eixo, são elas:

- Garantir que a política de educação permanente implemente metodologias que observem a prática do SUS, sendo capazes de transformar esta realidade;
- Garantir que os próximos projetos de cursos sejam incluídos na política de Recursos Humanos e de educação permanente do MS;
- Garantir o monitoramento das atividades durante todo o processo, superando assim, a prática de avaliação por produto;
- Monitorar de forma mais eficiente, a aplicação dos recursos financeiros, assim como, as metas pactuadas, previamente acordadas com as unidades executoras;
- Investir na articulação das unidades de ensino com as instituições prestadoras de serviços, tendo como exemplo a estratégia adotada pelo projeto de Capacitação de equipes Municipais e Estaduais Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde: Coordenação colegiada interinstitucional;
- Continuar com a estratégia de articular o financiamento dos cursos com financiamento da infraestrutura;
- Garantir que seja previsto no planejamento dos cursos o número de vagas de acordo com a realidade epidemiológica local;
- Manter o processo de educação a distância articulando-os com o financiamento de equipamentos necessários para a viabilização dos cursos;
- Garantir a pactuação/negociação com as corporações profissionais (medicina, odontologia, enfermagem e outros) e universidades, para a construção de ensino de pós-graduação que inclua o princípio da inter, multi e transdisciplinaridade;
- Garantir sustentabilidade econômica e política ao processo de qualificação de recursos humanos.

EIXO 5 - MODERNIZAÇÃO GERENCIAL

Planejado:

Estudos econômicos, institucionais, legais, epidemiológicos e atividades de disseminação, incluindo seminários e publicações, conferências relacionadas

ao processo de reforma do setor, visitas de estudo e apoio para a capacitação gerencial dos órgãos gestores. Deverão ser consideradas as seguintes linhas: melhoramento dos mecanismos de financiamento e remuneração da assistência à saúde, apoio a iniciativas inovadoras no âmbito da gestão em saúde, recuperação da capacidade de planejamento dos diferentes níveis de gestão do sistema, desenvolvimento de estudos e capacitação para novas formas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), apoio e desenvolvimento de iniciativas que contribuam para o melhoramento e garantia da qualidade dos sistemas e serviços de saúde

Alcançado:

1. Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos – Projetos Pilotos

Forte influência do Subprojeto no aperfeiçoamento dos processos administrativos, criando ânimo nos gestores, de inovação, de implantação de melhorias.

Integração entre os hospitais que faziam parte do mesmo lote (mesma empresa de consultoria) e a capacitação de vários funcionários em gerência.

2. Estudo sobre Novos Modelos de Gerência de Unidades Hospitalares

O estudo chegou ao seu final e avançou a análise sobre o desempenho gerencial dos hospitais públicos que adotaram novos modelos de gerência, disponibilizando conhecimento científico sobre a realidade dos serviços de saúde e possibilitando à administração pública dispor de um novo arsenal de modelos de gestão.

3. Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar

O Subprojeto foi inovador, pois não se adotou a lógica convencional de consultoria. O quadro de consultores foi formado pelos profissionais técnicos dos hospitais, que trocaram experiências entre si.

A colaboração dentro do SUS, entre hospitais de maior e menor reconhecimento nacional, permitiu o intercâmbio de conhecimentos entre as organizações.

4. Experiências Inovadoras no SUS

Foram selecionadas e apoiadas financeiramente 42 experiências inovadoras e quatro projetos de pós-graduação.

5. Implantação do Hospub – Sistema Informatizado de Gerenciamento Hospitalar

Em função das desistências e substituições ocorridas, das 180 unidades hospitalares iniciais, o Hospub está sendo implantado em 123 (57 BID e 66 BIRD).

6. Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar

Instituído o Programa de Acreditação Hospitalar com o objetivo de implementar e garantir a qualidade nos hospitais brasileiros, por intermédio do estabelecimento de metas e da mobilização dos profissionais buscando garantir, assim, a melhoria da qualidade da atenção médica prestada aos clientes.

7. Análise da sustentabilidade de investimentos acima de US\$ 1 milhão

Foi desenvolvido o score de sustentabilidade que classificou os investimentos realizados, sendo 52,8% classificados como regular para alta, alta e muito alta sustentabilidade.

8. Aperfeiçoamento da assistência farmacêutica

Foram elaborados vários pontos da Política de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde.

Efeitos e impactos potenciais do projeto:

1. Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos – Projetos Pilotos

Descontinuidade do processo, após a saída da consultoria. Em alguns hospitais, só algumas áreas deram continuidade ao projeto, implantando as ações propostas pelas consultorias.

Houve mudanças nas direções dos hospitais participantes, o que dificultou a continuidade da implantação do novo modelo gerencial.

2. Estudo sobre Novos Modelos de Gerência de Unidades Hospitalares

O estudo avançou a análise sobre o desempenho gerencial disponibilizando conhecimento científico sobre a realidade dos serviços de saúde, porém ainda não foi publicizado.

3. Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar

As longas distâncias entre os hospitais colaboradores e hospitais clientes, que demandaram viagens longas e cansativas, comprometendo o acesso e o tempo das visitas. Por exemplo: Hospital de Campinas (SP) foi o centro colaborador de Hospital em São Luiz (MA).

Os atrasos no pagamento de diárias, por parte do REFORSUS/Ministério da Saúde, fizeram com que os consultores fossem obrigados a adiantar recursos por conta própria para hospedagem e refeições, causando dificuldades e desânimo com a proposta.

A pouca comunicação entre o Ministério da Saúde e os técnicos dos hospitais participantes fez com que em muitas parcerias o ritmo fosse inconstante.

Mesmo não estando previsto no Subprojeto, a falta de recursos financeiros destinados ao programa para implementação das ações diagnosticadas fez com que as ações propostas não fossem levadas a cabo.

Em alguns casos houve pouco respaldo político para implantação e manutenção das ações sugeridas.

Escolha inadequada de hospitais participantes, fazendo com que o aproveitamento do Subprojeto ficasse bastante aquém do esperado. Por exemplo: ao iniciar-se a colaboração em um Hospital, este entrou em reforma, assim permanecendo por quase todo o período de desenvolvimento do Subprojeto, aproveitando muito pouco a parceria.

4. Experiências Inovadoras no SUS

A maior parte das experiências inscritas e aprovadas foi originado da região e Sul, provavelmente porque estão localizadas nessas regiões e a estada

capacidade de elaborar projetos inovadores e/ou de apresentá-los em uma seleção como a proposta.

5. Implantação do Hospub – Sistema Informatizado de Gerenciamento Hospitalar

O Hospub tem sido uma ferramenta gerencial com um importante papel no SUS, pois amplia a capacidade gerencial das instituições hospitalares públicas, mas a satisfação dos usuários com o sistema é desigual.

Baixa capacidade gerencial dos hospitais, dificultando e até impedindo sua participação no Subprojeto.

6. Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar

Apenas 31 hospitais brasileiros estão acreditados: 21 hospitais privados, 3 organizações sociais, 2 federais (sendo um militar e um universitário), 1 municipal, 1 estadual e 3 classificam-se como filantrópicos. Ou seja, dos hospitais acreditados, 77% são privados ou filantrópicos e apenas 23% são próprios governamentais.

Dos 21 hospitais privados, apenas 5 mantêm convênio com o SUS para algum tipo de serviço - internação, apoio e diagnóstico ou atendimento ambulatorial.

7. Análise da sustentabilidade de investimentos acima de US\$ 1 milhão

O score de sustentabilidade apoia-se fundamentalmente na autonomia da unidade, o que é parcialmente adequado para esta análise.

8. Aperfeiçoamento da assistência farmacêutica

Disponibilizadas várias publicações impressas e no sítio eletrônico do Ministério da Saúde.

Recomendações:

São feitas, a seguir, recomendações para continuidade de seis dos oito projetos avaliados, pois os demais já se encontram terminados, não havendo proposta para sua continuidade.

1. Pilotos de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos Hospitalares

Desenvolver o Projeto levando-se em consideração as necessidades do hospital a ser atendido, ou seja, a consultoria trabalharia somente os itens necessários para o hospital em questão.

Os hospitais deveriam passar por um processo de avaliação antes e depois do projeto, com o objetivo de quantificar e qualificar as mudanças ocorridas.

Participação de todos os funcionários dos hospitais no projeto, pois assim, se ocorrerem mudanças na diretoria do hospital, tanto por questões administrativas ou políticas, o andamento dos trabalhos não sofrerá descontinuidades.

Criação de um banco de dados com informações sobre os hospitais, com os resultados das atividades desenvolvidas, com o objetivo de estabelecer referências entre hospitais.

2. Expansão do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar no Âmbito do SUS

Criar recompensas e incentivos, como cursos extras, recursos financeiros para compra de equipamentos para os centros colaboradores e para os técnicos envolvidos no processo.

Os hospitais deveriam passar por um processo de avaliação antes e depois do projeto, com o objetivo de quantificar e qualificar as mudanças ocorridas com o desenvolvimento do Projeto.

Criação de um banco de dados com informações sobre os hospitais, com os resultados das atividades desenvolvidas, com o objetivo de estabelecer referências entre hospitais.

3. Experiências Inovadoras no SUS

Programar o projeto visando incentivo às regiões mais carentes e com maior dificuldade de acesso aos financiamentos.

Priorização de instituições de ensino superior com programas de pós-graduação *stricto sensu* emergentes e devidamente aprovados pela CAPES, que mais necessitam de bolsas para o desenvolvimento de pesquisas em saúde.

4. Hospub – Sistema Informatizado de Gerenciamento Hospitalar

Aprofundar o conhecimento do processo de implantação do Hospub como estratégia de desenvolvimento institucional, para ampliá-lo para outras instituições.

5. Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar

Aplicação de modelo de questionário de avaliação nas demais unidades financiadas pelo REFORSUS.

6. Análise da Sustentabilidade dos Investimentos acima de US\$ 1 milhão do Projeto REFORSUS

Criação de Índice ou Escore de Sustentabilidade para a decisão sobre novos investimentos.

EIXO 6 - INFRAESTRUTURA

De um total de 1.533 pleitos submetidos à Comissão Intergestora Bipartite, 1.190 (77,6%) chegaram ao Ministério da Saúde através do REFORSUS. Estes pleitos ao se transformarem em subprojetos, seguiram o fluxo normal proposto pelo Projeto, e desse contingente, 17 subprojetos foram cancelados ao longo do processo e dois foram executados para atender a demandas internas do Ministério da Saúde. Com isso, o universo avaliado neste Relatório Final, no Componente I, respondeu por 1.171 subprojetos, sendo 985 (84,1%) relativos à AP I, 59 (5,0%) à AP II, 101 (8,6%) à AP III, e 26 (2,2%) à AP IV (Tabela 1A). Em valores, a distribuição dos investimentos realizados pelo REFORSUS (R\$ 1.164.608.540,40), significou uma distribuição de R\$ 961.131.214,35 (82,5%) na AP I, R\$ 39.364.113,14 (3,4%) na AP II, R\$ 105.253.220,24 (9,0%) na AP III, e R\$ 58.859.992,67 (5,1%) na AP IV.

O REFORSUS, em seu desenho original no que diz respeito aos investimentos em infraestrutura, foi um projeto com peculiaridades que o

diferenciam de outros projetos de investimentos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, à época, destacando-se: (a) o processo de distribuição de recursos para a Rede SUS; (b) o processo de priorização e aprovação dos investimentos; (c) o modelo adotado para o repasse dos recursos; (d) o sistema adotado para a supervisão da execução de obras e equipamentos e, finalmente, (e) o sistema adotado para a avaliação de resultados.

A distribuição dos recursos por estado, na área Programática I, obedeceu a seguinte lógica: “70% distribuídos proporcionalmente à população e 30% distribuídos de maneira inversamente proporcional ao gasto per capita de custeio (AIH e SIA) do MS em 1995”. Desta forma o estado com menor gasto naquele ano foi, proporcionalmente, beneficiado com mais recursos para investimentos.

Quanto ao processo de priorização e aprovação dos investimentos na área Programática I, em que pese a Comissão Intergestora Tripartite ter fornecido as linhas mestras para os investimentos e as áreas técnicas do Ministério da Saúde terem fornecido diretrizes mais específicas, as cartas consultas apresentadas para análise foram elaboradas pelo nível local (unidade de saúde), tendo passado por uma primeira análise de prioridades, também no âmbito local, elaborada pelos Conselhos Municipais de Saúde, posteriormente encaminhadas às Comissões Intergestores Bipartite, no âmbito estadual, e, posteriormente, terem sido pontuadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, conforme as diretrizes de investimentos contidas nos Planos Estaduais de Saúde da época. Após este processo local e estadual de priorização e aprovação de investimentos, as cartas consultas eram encaminhadas às instâncias regionais do Projeto REFORSUS (UATRs) para análise técnica e, finalmente, para a Coordenação Geral do Projeto (UGP) para análise e aprovação final, constituindo-se, finalmente, em Subprojetos de Investimentos.

O processo de repasse de recursos para as unidades beneficiadas, que se efetuou por meio de contratos e não de convênios foi uma das inovações positivas do Projeto REFORSUS. As instituições beneficiadas não receberam os recursos financeiros em nenhum momento. Após aquisição dos equipamentos (com os respectivos ateste das faturas) ou após as medições mensais dos serviços executados nos contratos de obras (também com o devido ateste das faturas), as parcelas eram depositadas na agência do Banco do Brasil da municipalidade, e, após depósito da contrapartida da instituição beneficiário, o

fornecedor, e apenas ele, poderia sacar os recursos. No Projeto REFORSUS não houve repasse antecipado de recursos, como ocorre nos convênios, mas salientamos que esta inovação só foi possível pela implantação do sistema de supervisão de obras e equipamentos, nosso próximo ponto.

Entretanto, cabe destacar que a modalidade de contrato, por um lado inibe as possibilidades de desvio de recursos, por outro lado torna mais moroso a totalidade do processo de desembolso, um dos pontos fracos do Projeto REFORSUS: a lentidão da execução.

O modelo implantado para supervisão da execução de obras e aquisição de equipamentos pode ser considerado, sem restrições, como eficiente, inovador e como um fator de mudança de cultura na gestão de incorporação de tecnologias em saúde, em que pese não ter sido capaz, sozinho, de inibir a conclusão de investimentos 'desnecessários' à reorganização do sistema.

Com relação à implantação do processo de avaliação de resultados, destaca-se que foram pactuados 12 (doze) indicadores nos Contratos de Empréstimos com os bancos, entretanto, em que pese a relevância dos indicadores pactuados, estes eram voltados, sobretudo, para a avaliação de resultado das Políticas do Ministério da Saúde, tendo baixo alcance para a avaliação de desempenho específico dos efeitos dos investimentos nas unidades beneficiadas à curto prazo. Desta forma, durante a Missão de Revisão de novembro de 1997 foi apresentado pela UGP, e aprovado pelos bancos, uma nova metodologia para a avaliação dos investimentos, com base no preconizado por Donabidean, envolvendo indicadores de estrutura, processos e resultados.

Em que pese a boa qualidade do desenho metodológico original, sua implantação não correspondeu ao esperado, possibilitando, hoje, apenas uma avaliação dos resultados potenciais dos investimentos no incremento da capacidade de produção das instituições beneficiadas pelos investimentos. Tal informação pode ser considerada aquém do esperado.

Em relação às categorias econômicas - obras, equipamentos e modernização gerencial - os investimentos apresentaram comportamento diferenciados por região e por área programática, conforme expresso nos gráficos a seguir:

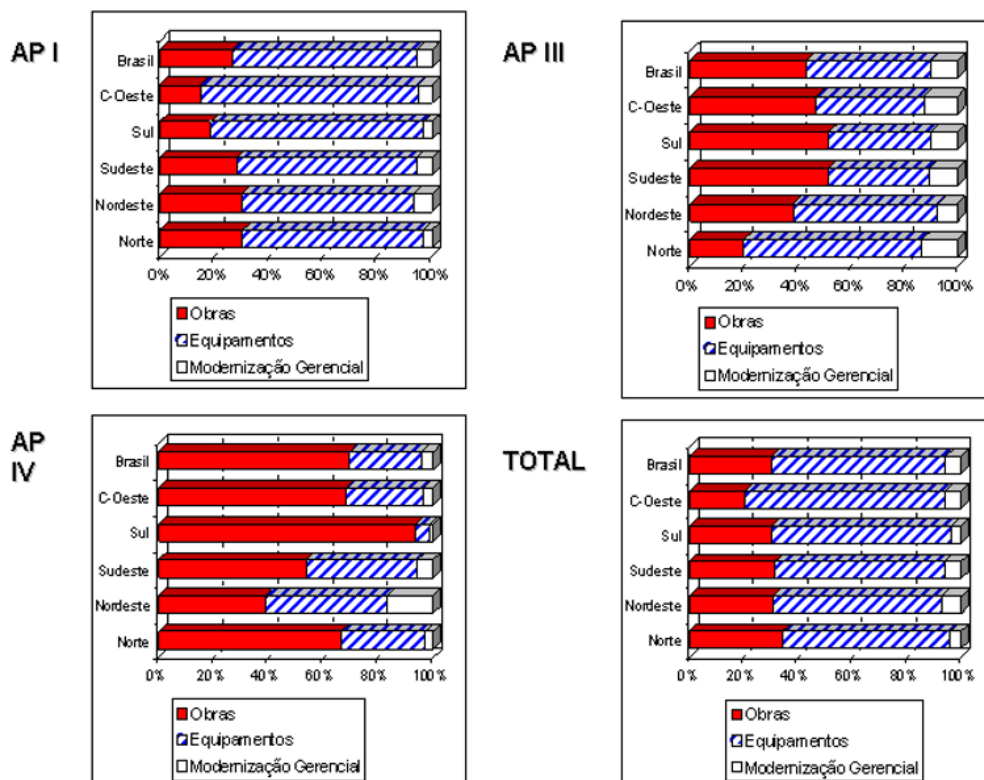


Figura 1. *Componentes I: Distribuição dos investimentos totais realizados segundo grandes regiões – Brasil- Março de 2004.

Fonte: Banco de Dados do Sistema de Informações do REFORSUS, 2004.

*Exceto a área programática II.

Em relação à natureza jurídica das instituições beneficiadas, os investimentos apresentaram uma distribuição que privilegiou as instituições estaduais e municipais, embora na região sul tenha havido uma certa concentração de investimentos em instituições filantrópicas, conforme gráfico abaixo:

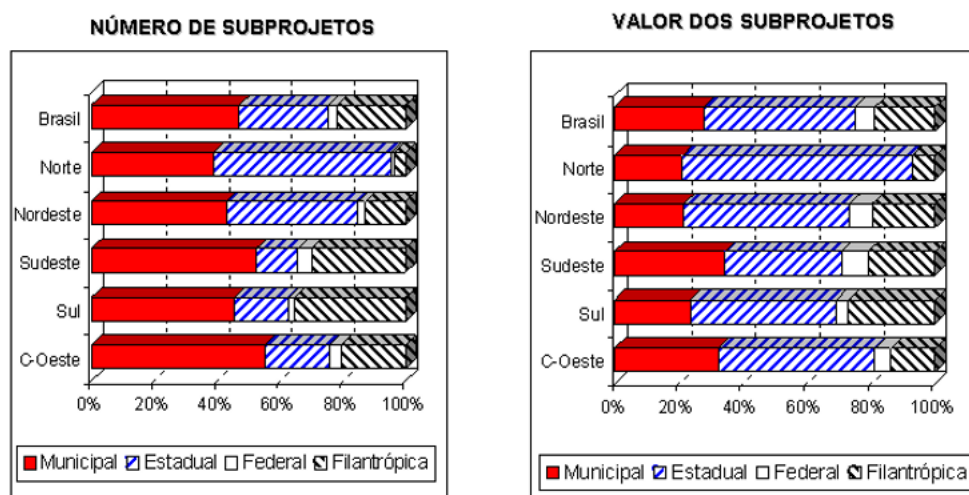


Figura 2. *Componentes I: Distribuição dos investimentos totais realizados segundo grandes regiões por Natureza Jurídica – Brasil- Março de 2004.

Fonte: Banco de Dados do Sistema de Informações do REFORSUS, 2004.

*Exceto a área programática II.

Com relação à distribuição entre os municípios envolvidos, merecem destaques dois aspectos: o primeiro relativo ao per capita investido, onde os municípios assinalados de azul, no mapa abaixo, foram agraciados com per capita maior que R\$ 26,00.

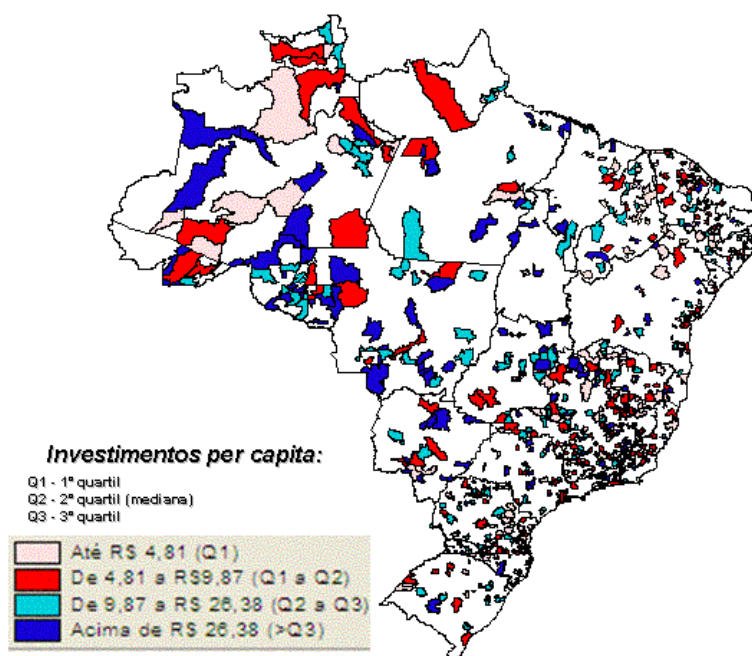


Figura 3. Componentes I: Distribuição espacial dos investimentos realizados Brasil- Março de 2004.

Fonte: Banco de Dados do Sistema de Informações do REFORSUS, 2004.

O segundo aspecto relevante diz respeito ao porte dos municípios, onde se observa que houve um privilegiamento de municípios de médio e grande porte, em detrimento dos pequenos municípios.

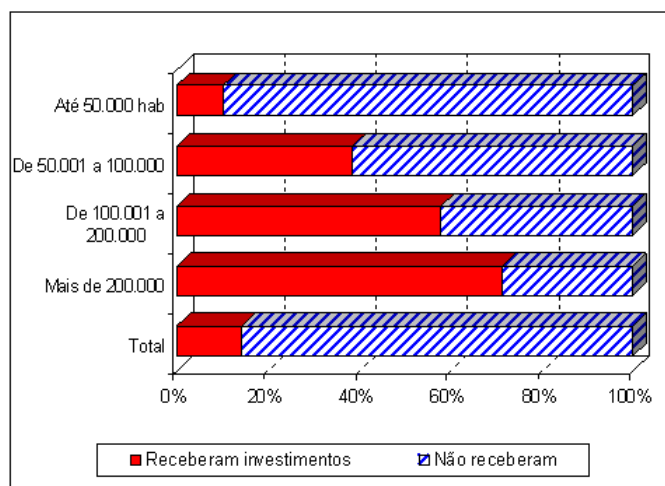


Figura 4. *Componentes I: Distribuição do número de municípios brasileiros que receberam investimento segundo porte populacional - Brasil- Março de 2004.

Fonte: Banco de Dados do Sistema de Informações do REFORSUS, 2004.

*Exceto a área programática II.

Com o intuito de facilitar a compreensão deste relatório, apresentaremos os resultados por área programática e por Banco.

Área Programática I: Readequação física e tecnológica da rede assistencial, com ênfase nas áreas de assistência ao período pré-natal, ao parto e ao puerpério e assistência às urgências e emergências.

Planejado:

Realização de obras de conclusão, melhoramento e ampliação de unidades assistenciais de saúde e aquisição de equipamentos, tendo em conta: recuperação da capacidade de atenção, colocação de recursos complementares não utilizados ou substituídos e redução dos custos de atenção. As unidades deverão estar contempladas, também, com sistemas de administração que deverão incluir: apuração de custos, e de cobrança, padrões mínimos de qualidade e segurança no manuseio de materiais que tenham risco.

Alcançado:

De modo geral, os objetivos relativos à conclusão dos investimentos no que se refere à realização de obras, aquisição de equipamentos e modernização gerencial foram cumpridos, conforme apresentado no quadro abaixo:

AP I – SUBPROJETOS COM OBRAS

Quadro 13. Obras - AP I.

Banco	Aprovados		Executados		Diferença %	
	No.	Valor (R\$)	No.	Valor (R\$)	No.	Valor
BID	274	120.283.043,76	272	134.005.936,84	0,73	11,41
BIRD	184	64.827.362,50	179	61.223.437,64	2,72	5,56
TOTAL	458	185.110.406,26	451	195.229.374,48	1,53	5,47

Fonte: autor.

AP I - SUBPROJETOS COM EQUIPAMENTOS

Quadro 24. Equipamentos - AP I.

Banco	Aprovados		Executados		Diferença %	
	No.	Valor (R\$)	No.	Valor (R\$)	No.	Valor
BID	407	116.827.494,45	385	223.758.465,65	5,41	91,53
BIRD	606	182.532.948,86	566	266.819.608,55	6,60	46,18
TOTAL	1013	299.360.443,31	951	490.578.074,20	6,12	63,88

Fonte: autor.

AP I - SUBPROJETOS COM MODERNIZAÇÃO GERENCIAL

Quadro 35. MG - AP I.

Banco	Aprovados		Executados		Diferença %	
	No.	Valor (R\$)	No.	Valor (R\$)	No.	Valor
BID	371	13.451.144,31	345	15.460.060,51	7,01	14,93
BIRD	479	18.069.421,10	425	11.542.814,82	11,27	36,12
TOTAL	850	31.520.565,41	770	27.002.875,33	9,41	14,33

Fonte: autor.

Efeitos e impactos potenciais do projeto:

Destaca-se como primeiro resultado positivo a conclusão da quase totalidade dos 1.171 subprojetos de investimentos, reforçando um dos pilares de estruturação do REFORSUS: o Projeto não deixou obras inacabadas. Entretanto, isto é pouco perto dos auspiciosos objetivos do Projeto. Por conta da inexistência de capital humano para operação e manutenção da tecnologia

incorporada geraram-se alguns ‘Elefantes Brancos’ com recursos dos Acordos de Empréstimo.

No Componente I do REFORSUS foram investidos R\$ 1.125,24 bilhões, distribuídos por 1.171 subprojetos, dos quais 84,1% foram para a AP I que foi contemplada com 82,5% dos recursos. Parte destes recursos foi gerada em decorrência do aumento do dólar frente ao real, ocorrido em 2000, possibilitando a aprovação de novos projetos, de projetos complementares e de aditivos. Estes últimos alcançaram um volume bastante expressivo, representado 44,8% dos recursos desembolsados no Brasil como um todo, com pequenas oscilações entre as várias regiões do país.

No tocante à eficiência na operacionalização dos investimentos, pode-se dizer que os resultados foram positivos, se focalizarmos, por exemplo, o custo geral de execução das 562 obras do Projeto (em que 95% estão concluídas). Com relação aos recursos envolvidos, pode-se verificar que foram celebrados termos aditivos para a quase totalidade das obras, contrariamente às expectativas dos bancos, entretanto a variação média entre o contrato original e final foi de 20,02%, bastante inferior ao praticado no Brasil com recursos orçamentários, por exemplo. Cabe destacar que as regras do BIRD para termos aditivos, no máximo 25% para obras novas e 50% para reformas e ampliações, contribuíram como inibidores para a ocorrência do fenômeno. Com relação à aquisição de equipamentos, dos 1.153 subprojetos envolvendo aquisição de equipamentos, 1.077 estão concluídos, representando 93% do total.

Como resultado destas incorporações de tecnologias a Rede SUS teve um incremento potencial de 594 leitos em UTI de Adultos, 394 leitos em UTI para Neonato e 198 leitos de Terapia Intensiva Pediátricos, além dos 7.913 novos leitos gerais. Com relação aos equipamentos de diagnóstico de média complexidade houve um incremento de 372 aparelhos de Raio X e 242 aparelhos de ultrassom.

Os valores per capita desembolsados pelo Projeto para os estados da federação não corresponderam aos valores per capita previsto pelo Manual do REFORSUS para a AP I, observando-se uma tendência aleatória entre a alocação dos recursos definida no início do Projeto e a efetivamente realizada. Os valores per capita iniciais tiveram uma alocação mais equânime do que aqueles praticados no final da execução dos subprojetos.

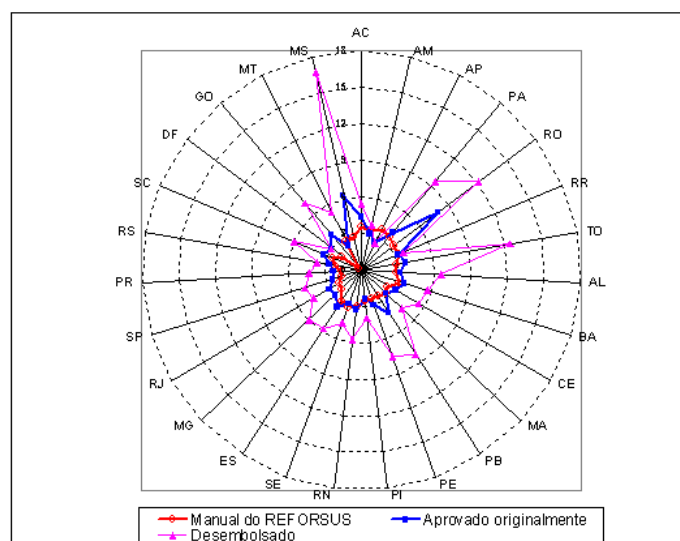


Figura 5. * Componentes I: Área programática I – Valores per capita preconizados pelo REFORSUS, valores aprovados originalmente e valores realizados por unidade da federação- Brasil- Março de 2004.

Fonte: Banco de Dados do Sistema de Informações do REFORSUS, 2004.

*Exceto a área programática II.

Concentrando a análise nos 1.112 subprojetos das áreas programáticas I, III e IV, verifica-se que 63,9% foram para a aquisição de equipamentos médico-hospitalares e 30,4% em obras, havendo uma grande segmentação dos investimentos em todo o país. As categorias de investimentos mais executados pelas regiões do Brasil foram compostas pela tríade formada por obras + equipamentos + modernização gerencial, totalizando-se 56,4% dos recursos alocados para o Brasil.

Em relação à análise dos resultados dos investimentos, percebe-se que apesar da definição dos critérios de alocação dos recursos serem anteriores a NOAS, muitos municípios-sede da NOAS acabaram sendo contemplados pelos investimentos. Assim, conforme tabela abaixo, 75,2% dos subprojetos do Componente I foram realizados em municípios que hoje são sede na regionalização da saúde proposta pela NOAS, concentrando 91,5% do total de recursos investidos no país. O estudo não permite determinar se os investimentos nestes municípios foram porque os mesmos já eram importantes polos assistenciais ou se o município se tornou sede porque se investiu nele.

Quadro 46. Componente I: Distribuição dos investimentos totais REFORSUS segundo municípios-sede da NOAS e Grandes regiões – Brasil – Março de 2004.

Regiões	Município sede	No de municípios que receberam investimentos	Numero de subproj	Valor total investimentos
Norte	NAO	30	34	13.648.390,63
	SIM	49	94	124.324.276,93
	Total	79	128	137.972.667,56
Nordeste	NAO	78	78	25.262.693,17
	SIM	127	259	301.416.646,96
	Total	205	337	326.679.340,13
Sudeste	NAO	86	87	24.793.018,10
	SIM	200	274	422.419.741,07
	Total	286	361	447.212.759,17
Sul	NAO	41	42	6.181.751,74
	SIM	99	139	138.491.915,99
	Total	140	181	144.673.667,73
C-Oeste	NAO	29	34	29.028.147,28
	SIM	46	69	83.207.009,10
	Total	75	103	112.235.156,38
Brasil	NAO	264	275	98.914.000,92
	SIM	521	835	1.069.859.590,05
	Total	785	1.110	1.168.773.590,97

Fonte: Banco de Dados do Sistema de Informações do REFORSUS, 2024.

Recomendações:

a) Para o QUALISUS, estabelecer um processo de aprovação que contemple os Órgão Colegiados do SUS e garanta a qualidade técnica das propostas de investimento, realizando-se uma análise adequada das necessidades locais e da sustentabilidade dos investimentos.

b) Os subprojetos devem ser formulados no âmbito do Plano Diretor de Investimento e Plano Diretor de Regionalização dos Estados, conforme estabelece a NOAS.

c) Capacitar tecnicamente as equipes técnicas das instituições beneficiárias, dos municípios e estados na formulação do projeto de investimento, na sua execução e na sua avaliação.

d) Deve-se fortalecer, no interior dos SUS, estruturas permanentes, nos âmbitos municipais, estaduais e federais, responsáveis pela elaboração, execução e avaliação dos projetos de investimentos na área da saúde, respeitando-se as competências e abrangências de cada nível de governo.

e) Para a execução de projetos que envolvam obra e aquisição de equipamentos, a modalidade contrato é a forma mais adequada, permitindo um controle sobre os recursos aplicados e facilitando a prestação de contas.

f) Construir sistemas de informações sobre os investimentos em saúde, articulados com os sistemas gerenciados pelo DATASUS, que contemplem dados relativos às várias fases do projeto, da formulação à execução, incluindo a avaliação dos resultados dos investimentos.

g) Estruturar processos de avaliação dos projetos de investimentos que contribua para qualificação técnica das equipes das instituições beneficiárias, dos municípios e dos estados, concebendo a avaliação como um instrumento de gestão e contemplando a estrutura, o processo e o resultado.

Em relação aos resultados dos investimentos, alguns aspectos merecem um maior aprofundamento, conforme se assinalam abaixo:

a) Há necessidade de estudos de caso para algumas unidades da federação com objetivo de aprofundar algumas questões. Nesse caso, elegemos um estado de cada Região: Pará, Bahia, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Mato Grosso.

b) Alguns dados importantes para a avaliação não foram registrados pelo Sistema de Informações do REFORSUS. Assim, por exemplo, não existem dados sobre a substituição de equipamentos ou a reforma de instalações físicas já existentes que não geraram aumento da capacidade física e tecnológica instaladas, e que são importantes em virtude de serem investimentos que possivelmente tenham uma maior sustentabilidade, uma vez que existe um aumento na capacidade de operacionalização e de custeio destes investimentos. Poderiam ser levantados a partir de uma análise minuciosa e criteriosa dos micros dados do SIA e SIH-SUS, a partir de 2004, época em que a maior parte dos subprojetos da área programática I foram concluídos.

c) Para um melhor refinamento das análises de acréscimo de leitos e de equipamentos médico-hospitalares é necessário um estudo com os dados relativos aos tetos financeiros municipais. Somente dessa forma, a potencialidade de internações e de exames diagnósticos pode ser mais bem mensurada.

d) Para a análise de impacto trazida pelo REFORSUS em relação à capacidade institucional local, seria importante avaliar a situação dos municípios

que receberam investimentos antes x depois do REFORSUS, ou seja, a habilitação dos mesmos na NOB-96 e na NOAS. Há algumas evidências que sugerem que esses investimentos potencializaram o aumento dessa capacidade, com alguns municípios que antes se encontravam em gestão da atenção básica, transformando-se em municípios-sede das microrregiões de saúde na NOAS.

Área Programática II: Programa de Saúde da Família

Planejado:

Expansão do acesso e da assistência em áreas não coberta, maximizando a oferta de cuidados básicos de saúde e diminuindo a atenção secundária e terciária.

NOTA: A expansão do Programa Saúde da Família foi tratada no Eixo 4 – Recursos Humanos.

Área Programática III: Ampliação da capacidade e melhoria da qualidade da rede hematológica e hemoterápica.

Planejado:

Recuperação da Rede de hemocentros, com o objetivo de garantir a qualidade do sangue transfundido com o objetivo de diminuir e controlar o risco destas ações.

Alcançado:

AP III - SUBPROJETOS COM OBRAS

Quadro 57. Obras - AP III.

Banco	Aprovados		Executados		Diferença %	
	No.	Valor (R\$)	No.	Valor (R\$)	No.	Valor
BID	31	15.068.371,16	28	15.871.107,93	9,68	5,33
BIRD	71	21.370.293,66	42	21.852.233,41	40,85	2,26
TOTAL	102	36.438.664,82	70	37.723.341,34	31,37	3,53

Fonte: autor.

AP III - SUBPROJETOS COM EQUIPAMENTOS

Quadro 18. Equipamentos - AP III.

Banco	Aprovados		Executados		Diferença %	
	No.	Valor (R\$)	No.	Valor (R\$)	No.	Valor
BID	30	6.572.625,77	29	10.216.364,54	3,33	55,44
BIRD	80	23.035.402,67	71	28.694.472,75	11,25	24,57
TOTAL	110	29.608.028,44	100	38.910.837,29	9,09	31,42

Fonte: autor.

AP III - SUBPROJETOS COM MODERNIZAÇÃO GERENCIAL

Quadro19. MG - AP III

Banco	Aprovados		Executados		Diferença %	
	No.	Valor (R\$)	No.	Valor (R\$)	No.	Valor
BID	30	4.112.034,00	31	1.955.436,50	3,33	52,45
BIRD	62	4.471.271,94	67	3.546.136,88	8,06	20,69
TOTAL	92	8.583.305,94	98	5.501.573,38	6,52	35,90

Fonte: autor.

Efeitos e impactos potenciais do projeto:

Observado a interiorização da Rede Hematológica e Hemoterápica e, a seguir, investimentos para Centros de Referência de tratamentos de pacientes hematológicos, em Hemocentros Coordenadores. Estes fatos auxiliam, portanto, na explicação da distribuição geográfica dos investimentos da AP III. Podemos inferir que a lógica adotada estimulava a implantação de infraestrutura regionalizada, com capacidade de atendimento a demanda existente e a realização de controle transfusional de doenças, com a criação de Centros Especializados, buscando-se o aprimoramento da qualidade e desempenho técnico dos serviços de saúde.

Recomendações:

- Há necessidade de investimentos em recursos humanos haja vista a necessidade de equipe para operar os novos equipamentos adquiridos e os que deverão atuar em áreas distantes das capitais, com qualificação dos mesmos;

- Estimular investimentos locais para qualificação de manutenção dos equipamentos adquiridos, devido ao seu alto custo ou a inexistência de assistência técnica local;
- Estimular registros unificados para acompanhamento da evolução dos serviços de forma quantitativa e qualitativa.

Área Programática IV: Ampliação da capacidade e melhoria da qualidade dos Laboratórios de Saúde Pública.

Planejado:

Adequação e reorganização da rede de laboratórios de saúde pública para atender as demandas emergentes de ações de vigilância epidemiológica, sanitária e de saúde do trabalhador.

Alcançado:

AP IV - SUBPROJETOS COM OBRAS

Quadro 20. Obras - AP IV.

Banco	Aprovados		Executados		Diferença %	
	No.	Valor (R\$)	No.	Valor (R\$)	No.	Valor
BID	15	9.193.530,32	15	8.774.633,86	0,00	4,56
BIRD	9	15.070.836,99	8	24.014.743,03	11,11	59,35
TOTAL	24	24.264.367,31	23	32.789.376,89	4,17	35,13

Fonte: autor.

AP IV - SUBPROJETOS COM EQUIPAMENTOS

Quadro 61. Equipamentos - AP IV.

Banco	Aprovados		Executados		Diferença %	
	No.	Valor (R\$)	No.	Valor (R\$)	No.	Valor
BID	19	4.147.778,23	17	5.571.233,87	10,53	34,32
BIRD	11	3.153.280,00	9	6.320.390,90	18,18	100,44
TOTAL	30	7.301.058,23	26	11.891.624,77	13,33	62,88

Fonte: autor.

AP IV - SUBPROJETOS COM MODERNIZAÇÃO GERENCIAL

Quadro 72. MG - AP IV.

Banco	Aprovados		Executados		Diferença %	
	No.	Valor (R\$)	No.	Valor (R\$)	No.	Valor
BID	15	858.070,00	16	719.291,00	6,67	16,17
BIRD	12	1.228.085,75	8	381.699,91	33,33	68,92
TOTAL	27	2.086.155,75	24	1.100.990,91	11,11	47,22

Fonte: autor.

Efeitos e impactos potenciais do projeto:

Os dados analisados indicam melhoria nos LACEN em função da implementação dos recursos oriundos do Projeto REFORSUS, destacando-se principalmente um significativo aumento da resolutividade diagnóstica em Saúde Pública no âmbito Estadual em sua área de atuação, em consequência da modernização dos equipamentos adquiridos e estrutura física disponibilizada.

Recomendações:

Recomendamos que seja resgatado pela Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública – CGLAB e FUNASA os sistemas de acompanhamento gerencial – SGA (Sistema de Gerenciamento de Amostras) e o SILAB – Sistema Laboratorial da área de Biologia Médica. Para novos investimentos, deve-se observar a necessidade de avançar mais no resgate da função de referência dos LACENs, possibilitando que todos os exames de baixa complexidade realmente permaneçam junto aos Laboratórios descentralizados, devendo-se investir em recursos humanos em regiões tais como o Norte e o Centro-Oeste.

CONCLUSÃO

Desde a promulgação das propostas de Alma Ata, na década de setenta, com o propósito de se alcançar “Saúde para Todos no ano 2000”, passando pela oitava Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a Constituição Federal de 1988, os investimentos em expansão da rede de serviços de saúde, para garantir o acesso da população brasileira, vem sendo o grande desafio do governo nas três esferas do executivo.

Diversos projetos de investimentos foram apresentados e implementados durante os últimos vinte anos no Brasil, mas nenhum teve o volume de recursos e a abrangência do Projeto REFORSUS. O impacto efetivo de um projeto desta magnitude pode ser observado, pelo avanço sistemático e a consolidação do Sistema Único de Saúde a partir de 2002. Este trabalho não tem a pretensão de aprovar ou reprovar o projeto e muito menos estabelecer qualquer tipo de comparação, o objetivo deste trabalho foi em primeiro lugar, apresentar e demonstrar a importância do Projeto REFORSUS para a comunidade acadêmica, gestores, profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde.

Através dos referenciais teóricos e de nossa experiência pessoal, revisamos de forma sistemática o Projeto REFORSUS. Creio que demonstramos a importância do sistema de saúde brasileiro que à época tinha apenas sete anos de existência e com inúmeros questionamentos sobre sua permanência e viabilidade, para que pudesse garantir acesso à saúde de maneira universal e integral a todos os brasileiros.

No capítulo sobre os resultados do projeto, evidenciamos de forma inequívoca, o quanto o mesmo contribuiu decisivamente para a expansão da Rede SUS. Evidenciamos no eixo seis que tratou da infraestrutura, a imensa quantidade de subprojetos, na construção e reforma de todos os tipos e tamanhos de equipamentos de saúde, bem como a incorporação de uma ampla gama de equipamentos tecnológicos, da mesma forma que destacamos inúmeros subprojetos que contribuíram na gestão, gerenciamento, modernização e na capacitação dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde.

Mostramos que dimensão continental de nosso país e as grandes desigualdades sociais e de desenvolvimento, dificultaram em muito a concepção e os objetivos do projeto como um todo. Podemos afirmar que o projeto não conseguiu dar respostas adequadas na questão da equidade, da mesma forma que as grandes diferenças de estágios no processo do SUS, sobretudo nos municípios, geraram problemas e barreiras na implantação do projeto. As estruturas e as adesões por parte das secretarias estaduais também foram fatores preponderantes, tanto nos êxitos quanto nos fracassos de diversas modalidades de subprojetos.

A avaliação dos produtos e serviços financiados com recursos do Projeto REFORSUS, apontou, entre outras conclusões, a existência de muitos estudos e pesquisas que, embora realizados em anos anteriores, mantiveram-se com circulação restrita em áreas da Coordenação daquele projeto ou, no máximo, das áreas técnicas do Ministério da Saúde até meados de 2003.

Observamos uma política de sigilo acerca das informações sobre fluxos e custos operacionais, frequente na lógica tradicional de administração e bastante impregnada na administração pública. Essa constatação denuncia a perda de uma grande oportunidade de circulação de conhecimentos, bem como uma lógica privatista no resultado do investimento público, já que os pesquisadores que foram contratados para realizar tais pesquisas e/ou para desenvolver metodologias de análise certamente fizeram uso dos achados em trabalhos posteriores. Perdeu-se, portanto, a oportunidade de ampliar o benefício de tais estudos para o acúmulo público de conhecimentos, mas também para o subsídio a processos de tomada de decisão em outras esferas do poder público.

Neste trabalho acreditamos que conseguimos demonstrar a importância da circulação dos conhecimentos produzidos, bem como de outros conhecimentos que norteiam as políticas prioritárias do Ministério da Saúde, como estratégia para a qualificação das próximas iniciativas.

Nos resultados do projeto demonstramos que se formou uma rede de instituições parceiras do Ministério da Saúde.

Neste ano de 2024, completaremos 20 anos da entrega aos bancos financiadores do Projeto REFORSUS, do “Relatório Final dos Estudo das

Atividades e Investimentos do Projeto REFORSUS”. Nesses 20 anos avançamos muito com o Sistema Único de Saúde, sobretudo na distribuição sistemática dos recursos financeiros através do “fundo a fundo”, ou seja, a consolidação dos fundos municipais, estaduais e nacional de saúde.

Atualmente o Ministério da Saúde consegue através dos diversos instrumentos de informações de detectar os mais importantes “gargalos” e problemas e cada região e município brasileiro e muito deste avanço devemos inegavelmente ao Projeto REFORSUS.

Por último entendemos que a experiência do Projeto REFORSUS poderia ser atualizada, não da forma ampla e geral como foi o mesmo, mas de forma segmentada, de acordo com prioridades e realidades diferenciadas. Finalizamos, destacando duas áreas, a nosso ver importantíssima: um grande projeto na atenção primária, consolidando de vez por todas a “Estratégia da Saúde da Família” e a “Saúde Digital”, ampliando no máximo possível o acesso universal.

Saúde não é custo, mas sim investimento em estabilidade social, política e econômica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, M., FURTADO, J. P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos**. Série Atenção Básica e Educação em Saúde. Editora Rede Unida, 2016.

ALVES, G. J. **Equidade e os Projetos de Investimento em Saúde: possibilidades e limites do projeto Reforsus**. Dissertação de Mestrado - Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, 2009.

BERNAL. **Relatório Final dos Estudos das Atividades e Investimentos do Projeto REFORSUS**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos, 2004.

BRASIL. **Lei no 8.080 de 19 de setembro de 1990, publicada no D.O.U. no 182 de 20 de setembro de 1990, pp. 18055-18059**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990a.

BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, publicada no D.O.U. no 249 de 31 de dezembro de 1990, pp. 25694-25695**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990b.

COELHO NETO, G. C., CHIORO, A. **Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil?**. Cadernos de Saúde Pública, vol. 37, pág. e00182119, 2021.

CORDEIRO, H. **Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 6, nº 2, pag. 319-328, 2001.

DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**. Michigan: Health Administration Press, 1980.

FERLA, A. A., PESSOA, L. R., CARVALHO, A. I. D., GEYER, L. M. C., RIBEIRO, C. D. M., BRAGA, L. J. D. C. **Financiamento e regionalização da saúde: a experiência gaúcha**. Divulgação Saúde Debate, pág. 52-71, 2001.

GIUSTI, M. I. L. **Administração Orçamentária em Hospitais Públicos: estudo de caso**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da EAESP/FGV, 2003.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, **Análise da Evolução e Dinâmica do Gasto Social Federal de 1995 a 2001**. Texto para discussão, outubro de 2003.

KARAM, R. A. S. **Modernização gerencial: um caminho obrigatório para a consolidação e o fortalecimento do sistema único de saúde - a experiência**

de projeto REFORSUS. Dissertação de Mestrado - apresentada à Escola Brasileira de Administração Pública em Administração Pública. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2002.

LUCCHESE, P. T. R. **Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – retrospectiva 1990 / 1995.** Planejamento e Políticas Públicas, v. 14, pag. 75-156, 1996.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO. **A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde”, Ministro Bresser Pereira. Cadernos MARE da Reforma do Estado, 13, 1998.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/93).** Portaria MS no 545, de 20 de maio de 1993. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude>. Acessado em: 18 de mai. de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS; SUS 01/01). Ministério da Saúde.** Portaria no 95 de 26 de janeiro de 2001, 2001. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude>. Acessado em: 18 de mai. de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde – Projeto Qualisus.** Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Diretoria de Investimentos Estratégicos, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação de Tecnologias em Saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde.** Revista de Saúde Pública, v. 40, nº4, pag. 743-747, 2006.

NOGUEIRA, V. M. R., PIRES, D. E. P. **Direito à saúde: um convite à reflexão.** Cadernos de Saúde Pública, v. 20, pag. 753-760, 2004.

PESSÔA, L. R. **Mergulho em Montes Claros: Desafios da Alocação de Recursos na Rede SUS.** Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

REFORSUS (Reforço à Reorganização do SUS). **Manual de Procedimentos Administrativos e Financeiros.** Brasília: Ministério da Saúde/REFORSUS, 1997.

REFORSUS (Reforço à Reorganização do SUS). **Sistema de Avaliação. Metodologia de Avaliação dos Subprojetos do Componente I do Projeto REFORSUS.** Brasília: Ministério da Saúde/REFORSUS, 1999.

REFORSUS (Reforço à Reorganização do SUS). **Manual de Operação. Componente I.** Brasília: Ministério da Saúde/REFORSUS, 1997.

REFORSUS (Reforço à Reorganização do SUS). S/D. **Manual de Orientação para Especificação e Montagem de Lotes de Equipamentos Médico-Hospitalares.** Brasília: Ministério da Saúde/REFORSUS. 110, 2014.

RIZZOTTO, M. L. **O banco mundial e as políticas de saúde no brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS.** Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

WORL BANK, 1996. **Memorandum and recommendation of the president of the international bank for reconstruction and development to the executive directors on aproposed loan in an amount equivalent to us\$300 million to the federative republic of Brazil for a health sector reform projec reforsus.** Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/902681468017467876/pdf/multi-page.pdf>. Acessado em: 18 de mai. de 2023.